

DISTRITO ESCOLAR DE LODI

Oficina de distrito 115 School Street 608-592-3851 Fax: 608-592-3852	Escuela secundaria 1100 Sauk Street 608-592-3853 Fax: 608-592-1045	Escuela Intermedia 900 Sauk Street 608-592-3854 Fax: 608-592-1035	Escuela Elementary/OSC 101 School Street 608-592-3842 Fax: 608-592-1025	Escuela primaria 1307 Sauk Street 608-592-3855 Fax: 608-592-1015
--	--	---	---	--

Formulario de consentimiento para medicamentos

Grados 9 al 12

(vea las responsabilidades de los padres al dorso del formulario)

Alumno:	Fecha de nacimiento:	Escuela:	Grado
----------------	-----------------------------	-----------------	--------------

Sección 1: Medicamentos recetados

Nombre del medicamento:	Vía*	Dosis	Tiempo	Razón/Diagnóstico	Medicación administrada por:
					Nota: un estudiante no puede llevar consigo ningún medicamento recetado a menos que sea un inhalador o EpiPen. ☐ Personal ☐ Estudiante (autotransporte)
					☐ Personal ☐ Estudiante (autotransporte)
					☐ Personal ☐ Estudiante (autotransporte)

*Vía = oral, inhalada, tópica, inyectable, etc. **TODAS LAS RECETAS deben estar en el envase original de la farmacia.

Sección 2: Medicamentos de venta libre (OTC)

Nombre del medicamento:	Vía*	Dosis	Tiempo	Razón/Diagnóstico	Medicación administrada por:
					☐ Personal ☐ Estudiante (autotransporte)
					☐ Personal ☐ Estudiante (autotransporte)
					☐ Personal ☐ Estudiante (autotransporte)

*Vía = oral, inhalado, tópico, inyección, etc. **Todos los medicamentos de venta libre deben estar en su envase original.

Información/consentimiento del profesional

Esta sección deberá completarse siempre que existan las siguientes condiciones:

- Cualquier medicamento recetado
- Cualquier medicamento de venta libre administrado fuera de la dosis recomendada en la etiqueta del fabricante.

La firma del profesional dirige la administración del medicamento anterior e indica su voluntad de comunicarse con el personal de la escuela sobre este medicamento.

Nombre del practicante _____ Teléfono: _____

Firma del practicante: _____ Fecha: _____

Consentimiento de los padres para la administración de medicamentos: Por la presente doy permiso al personal escolar designado para comunicarse con el proveedor de atención médica según lo permitido por HIPAA y además autorizo la notificación al personal de la escuela sobre la administración de medicamentos y los posibles efectos adversos del medicamento. Mantendré al distrito escolar informado sobre cualquier cambio en la medicación o problemas de salud de mi estudiante.

Administración de medicación del personal: Por la presente doy permiso al personal escolar designado para que le administre medicamentos a mi estudiante de acuerdo con las instrucciones escritas del médico que se muestran en este formulario. Acepto que el Distrito Escolar de Lodi y sus empleados que actúan dentro del alcance de sus deberes están indemnes de todos y cada uno de los reclamos que surjan de la administración de este medicamento.

Permiso del padre/tutor para autoadministrarse medicamentos de venta libre: Mi estudiante es capaz de llevar y autoadministrarse medicamentos de venta libre de manera segura. Entiendo que si mi estudiante no usa sus medicamentos de manera segura y adecuada, entonces se le puede quitar el privilegio según nuestra Política de medicamentos. ☐ Sí ☐ No

DISTRITO ESCOLAR DE LODI

Oficina de distrito	Escuela secundaria	Escuela Intermedia	Escuela Elementary/OSC	Escuela primaria
115 School Street 608-592-3851 Fax: 608-592-3852	1100 Sauk Street 608-592-3853 Fax: 608-592-1045	900 Sauk Street 608-592-3854 Fax: 608-592-1035	101 School Street 608-592-3842 Fax: 608-592-1025	1307 Sauk Street 608-592-3855 Fax: 608-592-1015

Medicamentos almacenados en la oficina de salud: marque los medicamentos que le gustaría que le diera a su hijo si los necesita.

☐ Crema para quemaduras ☐ Pastillas para la tos ☐ Crema de hidrocortisona ☐ Alivio para las picaduras ☐ Ungüento triple antibiótico

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____

Responsabilidades de los padres con respecto a los medicamentos en la escuela

Cuando un estudiante necesita tomar medicamentos durante el horario escolar, según la ley estatal, existen pautas que se deben seguir antes de que esto pueda ocurrir. La administración de medicamentos en la escuela se rige por la estatua de Wisconsin Stat sec.11. Las políticas vigentes son para la salud y seguridad de los estudiantes.

Responsabilidades de los padres:

- Los medicamentos recetados requieren la firma de un médico y de un padre/tutor.
- Los medicamentos de venta libre sólo necesitarán la firma de un padre/tutor siempre que estén dentro de la dosis terapéutica indicada en el paquete del medicamento.
- Todos los medicamentos deben ser entregados a la oficina de la escuela por el padre/tutor.
- El padre/tutor proporcionará el medicamento en el envase original. Puede obtener frascos adicionales etiquetados con receta en su farmacia previa solicitud para cuando sea necesario dividir una dosis entre el hogar y la escuela.
- Los formularios de medicamentos solo son válidos para el año escolar.
- El padre/tutor informará a la escuela si hay algún cambio en la medicación que deba realizarse en la escuela.
- Si un medicamento ya no es necesario en la escuela, entonces es responsabilidad del padre/tutor recoger el medicamento restante en la escuela. Los medicamentos no se enviarán a casa con el estudiante a menos que sean medicamentos de rescate, como un EpiPen o un inhalador. Si el padre/tutor no recoge el medicamento, se desechará adecuadamente de acuerdo con las pautas de seguridad de los medicamentos.
- A los estudiantes se les puede permitir llevar un suministro de tamaño de viaje (menos de 50 tabletas) de medicamentos de venta libre y autoadministrarse si se completa el formulario de consentimiento de medicamentos.