

DISTRITO ESCOLAR DE LODI

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

Formulario de consentimiento para medicamentos

Grados 4k a 8

(consulte las responsabilidades de los padres/tutores en el reverso del formulario)

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

Sección 1: Medicamentos recetados

Nombre del medicamento:	Vía*	Dosis	Hora	Razón/Diagnóstico
				Inhalador/EpiPen (se requiere nota del médico) ☐ 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:	Ruta*	Dosis	Tiempo	Razón/Diagnóstico

*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.

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 _____

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

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 legal.
- 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.