



Permiso para la administración escolar

Ano escolar: 2025-2026

Debe ser completado por el proveedor de atención médica del niño y el padre / tutor legal

SS-46(E)(1)

IHP ☐

EAP ☐

Por favor tenga en cuenta lo siguiente:

- Los medicamentos deben ser administrados por un padre/tutor legal antes o después del horario escolar, cuando sea posible.
- Los medicamentos deben ser llevados a la enfermera de la escuela por un adulto responsable. (No envíe medicamentos con un niño).
- Todos los medicamentos recetados deben proporcionarse a la escuela en el envase original con la etiqueta emitido por el farmacéutico y acompañado de este formulario de permiso. (la etiqueta y la orden del proveedor de atención médica en este formulario deben coincidir)
- Cualquier sustancia controlada recetada debe ser llevada a la enfermera de la escuela por el padre / tutor legal cuando se llena la receta cada mes y debe proporcionarse a la enfermera de la escuela en el recipiente etiquetado de farmacia más reciente.
- No se permite a los estudiantes llevar o administrar por sí mismos medicamentos clasificados como sustancias controladas.**
- El medicamento de "muestra" debe proporcionarse en un recipiente debidamente etiquetado, que identifique el medicamento y debe ir acompañado de una nota firmada y fechada por el proveedor de atención médica que incluya el nombre del estudiante y las instrucciones para la administración adecuada, junto con este formulario de permiso.
- Los medicamentos / sustancias a base de hierbas no están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) por sus siglas en inglés y no serán administrados por la enfermera de la escuela.
- Las primeras dosis de un medicamento que un niño nunca ha recibido no se administrarán en la escuela.
- BCSD puede rechazar solicitudes para que ciertos medicamentos se administren en la escuela.
- Este formulario sigue siendo válido y vigente si el niño se transfiere a otra escuela dentro de BCSD para el año escolar actual.
- DEBE completar un formulario separado para cada medicamento que se administrará en la escuela.

Nombre completo del Niño: _____ Nivel de grado: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Género: ☐ Masculino ☐ Femenino

Section below must be completed and signed by the child's Healthcare Provider

Name of Prescription Medication to be given at school:		Reason(s) for this Medication to be given at school:
Prescribed Dose/Strength: (i.e. 50 mg, mcg, grams)	Amount to be given at School: (i.e., 1 tab, 5 ml, 0.5 tab, 2 puffs)	Frequency or Time to be given at school: (For time, please specify preferred time. "Lunch" times vary from 10:30a-1p)
Prescribed Route:	Controlled Substance: ☐ No ☐ Yes	Number of days medication is to be given at school: ☐ until the end of the current school year ☐ _____ day(s)
List possible side effects from this medication:		Special Storage Required: ☐ No ☐ Yes

El estudiante tiene permiso para llevar / autoadministrar este medicamento Para (medicamentos de emergencia solamente): No ☐ Sí ☐ – si la respuesta es sí, lea lo siguiente con atención:

Si se marca la casilla de sí, acepto que a este estudiante se le debe permitir tener el medicamento/procedimiento mencionado anteriormente sobre su persona durante las horas escolares, en el tránsito hacia y desde la escuela o actividades patrocinadas por la escuela, en actividades de antes y después de la escuela en la propiedad escolar, y en cualquier actividad patrocinada por la escuela. **El menor ha demostrado competencia en el automonitoreo y autoadministración del medicamento/procedimiento.** El padre/madre/tutor es consciente de que no puede responsabilizar al distrito escolar por cualquier resultado adverso de esta acción.

Provider's Name & Office:** (please print or stamp)

Office Phone

Fax

Signature of Healthcare Provider

Date

La siguiente sección debe ser completada y firmada por el PADRE / ENCARGADO LEGAL:

¿Este niño tiene alguna alergia conocida? ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo, enumere todas las alergias conocidas y el tipo de reacción(es):

¿Este niño toma algún medicamento adicional en casa o en la escuela? ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo, enumere los medicamentos que toma en casa):

Padres/Tutores Legales, Por Favor Lean Cuidadosamente: Al firmar a continuación, entiendo y acepto lo siguiente

- Se desarrollará un Plan de Atención Médica Individualizado (IHP) para los estudiantes que tengan una condición de salud que necesite un IHP.
- El distrito escolar y sus empleados y agentes no son responsables por una lesión que surja del automonitoreo o autoadministración de medicamentos por parte de un estudiante.
- El padre o tutor indemniza y exonera al distrito y sus empleados y agentes de cualquier reclamación que surja del automonitoreo o autoadministración de medicamentos por parte de un estudiante.
- El distrito escolar y sus empleados y agentes no son responsables por una lesión que surja de la administración de medicamentos autorizados por un IHP.
- El padre o tutor indemnizará y mantendrá indemne al distrito y sus empleados y agentes contra cualquier reclamación que surja de la administración de medicamentos autorizados por un IHP.
- Doy permiso para que mi hijo reciba el medicamento anterior según lo prescrito mientras está en la escuela según las políticas de BCSD.
- Doy permiso para que se intercambie información sobre este medicamento y/o la salud de mi hijo entre la enfermera de la escuela BCSD o el empleado designado de BCSD y/o el proveedor de servicios médicos, el farmacéutico que surtió esta receta y/o su designado.
- Además, doy permiso para que la información sobre mi hijo se comparta con personas que legítimamente necesitan saber para la seguridad y el bienestar de mi hijo.
- Estoy de acuerdo en permitir que los medicamentos de los estudiantes viajen con el maestro / personal en las excursiones, si el tiempo de medicación ocurre durante la excursión.
- Estoy de acuerdo en seguir las políticas de BCSD con respecto a los medicamentos.
- Estoy de acuerdo en que es mi responsabilidad proporcionar a la escuela los medicamentos para mi hijo y cualquier suministro necesario.
- Estoy de acuerdo en que es mi responsabilidad notificar a la escuela si la salud y / o los medicamentos de mi hijo cambian de alguna manera.

Firma del padre/encargado

Nombre (Impreso) del Padre/encargado

Fecha

Número de Teléfono