

Distrito de Escuelas Públicas en Green Bay

Formulario de Autorización para Medicamentos

INFORMACIÓN ESTUDIANTIL: Este formulario debe utilizarse para cada diferente medicamento.

Todos los espacios en blanco del formulario deben ser completados antes que el personal escolar administre la medicina. Formularios incompletos, serán regresados a usted y la medicina no será administrada.

Estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Escuela: _____
 Medicamento: _____ Dosis: _____ Hora/frecuencia: _____
 Razón: _____

Medicamentos llevados por estudiantes:

INHALADORES DE ASMA: Mi estudiante es capaz de auto administrarse y llevar consigo el inhalador SÍ o NO

SOLAMENTE EPI PENS: Mi estudiante puede cargar consigo el epi-pen. SÍ o NO

¿Debería este medicamento ser enviados durante las excursiones: SÍ o NO

Yo he revisado las dosis del medicamento y las instrucciones del medicamento con mi hijo/a, y he dado mi permiso para que lo lleve consigo y se lo auto administre sin supervisión alguna en las excursiones (Solamente para estudiantes de secundaria y no sustancias bajo control).

CONSENTIMIENTO DE PADRES DE FAMILIA/APODERADO LEGAL: Completar para TODAS las Medicinas/Procedimientos en la Escuela.

- ▶ Yo solicito y autorizo que el personal escolar administre esta medicina o lleve a cabo este procedimiento en la escuela.
- ▶ Yo suministraré la medicina en su envase original, actualizado y apropiadamente marcado.
- ▶ Si la medicina ha de usarse en una excursión, yo enviaré solamente la cantidad necesaria para usarse por la duración del paseo/campamento.
- ▶ Esta autorización es vigente para todo el ciclo escolar, a menos que se indique lo contrario.
- ▶ Yo obtendré una nueva orden médica del doctor y notificaré a la escuela por escrito si hay algún cambio.
- ▶ Yo autorizo a la enfermera escolar de intercambiar información verbal o por escrito con el doctor de mi hijo/a en cuanto a este medicamento/procedimiento o condición médica por el cual se ha prescrito.
- ▶ Yo entiendo que todas las medicinas han de ser transportadas a la escuela y de regreso a casa por uno de los padres de familia/apoderado legal.
- ▶ Yo entiendo que personal escolar no certificado medicamento estará administrando las medicinas, llevando a cabo los procedimientos, y completando la cuenta rutinaria de los medicamentos.
- ▶ Yo acuerdo de eximir de responsabilidad al Distrito de Escuelas Públicas del Área de Green Bay, sus empleados y agentes que actúan dentro del alcance de sus funciones en cualquiera y todos los reclamos que surjan de la Administración de este medicamento en la escuela.
- ▶ Mi firma indica que he leído todo y entiendo completamente la información anterior.

Firma de padre de familia o apoderado legal: _____ Fecha: _____

Número telefónico: _____

PHYSICIAN AUTHORIZATION: Complete for each and all over-the counter medications that exceed the recommended packaging dose, all prescription medications, and all herbal or dietary supplements. Required for treatments or procedures needed to be done at school. The above medication is to be administered during the school day. I understand that medication/treatment will be given by non-medically licensed staff that have been trained to do such. Further written instructions will follow from me if the drug is to be discontinued or the dosage or administration time is changed from these instructions.

Possible symptoms/side effects of medication: _____

Please contact me if the following symptoms occur: _____

ASTHMA INHALERS: This student is capable of self-administration and may carry inhaler: YES or NO

EPI PENS ONLY: Student may self-carry epi-pen. YES or NO

FIELD TRIPS *I certify that the above-named student has been instructed, and may carry and self-administer this prescription medication or supplement on field trips. (High school only, no controlled substances). YES or NO

Physician name: _____ Telephone Number: _____ Physician Fax Number: _____

Physician signature _____ Date: _____