MILWAUKEE PUBLIC SCHOOLS

PERMISO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS/PROCEDIMIENTOS

Nombre del estudiante: _____ N° de identificación: _____ Fecha de nacimiento: _____

Escuela: _____ Grado: _____

Diagnóstico 1: _____ Diagnóstico 2: _____

Permiso del padre/la madre o el tutor legal
Solicito por medio de la presente que mi hijo/hija, _____, reciba medicamentos o procedimientos recetados en el momento indicado y conforme a lo designado por su proveedor médico.

Soy responsable de traer el medicamento o los medicamentos recetados de la farmacia a la escuela en un recipiente etiquetado. También entiendo que soy responsable de mantener una cantidad suficiente de medicamento o medicamentos y/o reservas de este o esos en la escuela. Incumplir con esta regla puede resultar en una interrupción o la suspensión de la administración del medicamento y/ el procedimiento médico para mi hijo. Entiendo que si mi hijo se niega a tomar el medicamento o los medicamentos recetados o a permitir que se practique el procedimiento o los procedimientos ordenados, el personal de la escuela no recurrirá a la fuerza para hacer que mi hijo obedezca.

El personal de la escuela tiene permiso para comunicarse con el proveedor de salud en relación con el medicamento o los medicamentos y/o el procedimiento o los procedimientos recetados. Puedo revocar mi permiso en cualquier comento.

Mediante mi firma, verifico que he leído este formulario y reconozco que puede encontrarse una copia de *Administración de medicamentos y procedimientos* en el *Manual para padres y estudiantes sobre derechos, responsabilidades y disciplina*.

_____ _____ _____
Firma del padre/la madre o el tutor legal | Número de teléfono | Fecha (mes/día/año)

Autorización del proveedor de asistencia médica:
Estoy recetando el medicamento o los medicamentos siguientes, al igual que los procedimientos indicados, para que sean administrados en la escuela al estudiante mencionado anteriormente.

DIARIAMENTE

Nombre del medicamento diario (Nombre genérico y comercial)	Dosis/ Frecuencia	Hora (AM/PM):	Fecha de inicio	Fecha de culminación	Posible efecto adverso secundario o contraindicaciones:

PRO RE NATA (PRN)

Nombre del medicamento PRN (nombre genérico y comercial)	Dosis/ Frecuencia	Hora (AM/PM):	Fecha de inicio	Fecha de culminación	Posible efecto adverso secundario o contraindicaciones:

PROCEDIMIENTOS

Nombre del procedimiento (cateterismo intermitente limpio, prueba de glucosa, aspiración, etc.):	Dosis/ Frecuencia	Hora (AM/PM):	Fecha de inicio	Fecha de culminación	Parámetros de seguimiento

Las órdenes anteriores serán válidas por un año a partir de la fecha en que fueron firmadas por el proveedor médico, a menos que las órdenes sean descontinuadas, cambiadas o suspendidas por escrito por el padre/la madre o el tutor legal antes de que ese tiempo haya transcurrido.

_____ _____ _____
Firma del proveedor médico | Número de teléfono/fax | Fecha (mes/día/año)

_____ _____
Nombre del proveedor médico (en letra de imprenta) | Dirección del proveedor médico

MILWAUKEE PUBLIC SCHOOLS

Responsabilidades de los padres en la administración de medicamentos en la escuela

Siempre que sea posible, los medicamentos recetados deben ser administrados a los niños en edad escolar por el padre/la madre o el tutor legal en la casa. En caso de que sea necesario administrar medicamentos recetados durante la jornada escolar, el director de la escuela y/o otras personas designadas por escrito por el director de la escuela podrán administrar los medicamentos recetados a los estudiantes bajo las siguientes condiciones establecidas:

1. Los medicamentos recetados no serán administrados al estudiante por nadie del personal de las Escuelas Públicas de Milwaukee, a menos que el formulario *AUTORIZACIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS/ PROCEDIMIENTOS* haya sido llenado por el proveedor de cuidados de salud que emitió la receta y repose en los archivos de la escuela. La única excepción a esto es el medicamento de emergencia epinefrina, administrado de acuerdo con el protocolo de enfermería de MPS.

2. El formulario *AUTORIZACIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS/PROCEDIMIENTOS* exige:
   - Instrucciones escritas claramente para el medicamento o los medicamentos, firmadas por el proveedor de cuidados de salud
   - El momento durante la jornada escolar en el que debe administrarse el medicamento
   - La dosis
   - La autorización firmada por el padre/la madre o el tutor legal

3. El formulario *AUTORIZACIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS/PROCEDIMIENTOS* puede obtenerse en la Oficina de la escuela durante las horas escolares normales de operación. Es responsabilidad del padre/la madre o el tutor legal llenar el formulario *AUTORIZACIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS/ PROCEDIMIENTOS* y entregarlo para que se incluya en los archivos de la escuela antes de que pueda administrarse cualquier medicamento al estudiante en la escuela. Este formulario también está disponible en el sitio web de MPS. Busque “Formulario de permiso de administración de medicamentos/procedimientos”.

4. El formulario *AUTORIZACIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS/PROCEDIMIENTOS* es válido por un año a partir de la fecha en que fue firmado por el proveedor médico, a menos que las órdenes sean descontinuadas, cambiadas o suspendidas por escrito por el padre, la madre o el tutor legal antes de que ese tiempo haya transcurrido.

5. Si hay un cambio de medicamento, de la cantidad de la dosis o en la hora en que debe administrarse, usted debe obtener un nuevo formulario de *AUTORIZACIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS/ PROCEDIMIENTOS*, hacer que lo llene el proveedor de cuidados de salud y entregarlo para que se incluya en los archivos de la escuela. No se permitirá ningún cambio de la dosis de administración del medicamento o los medicamentos sin los formularios autorizados adecuados.

6. Todos los medicamentos deben ser traídos a la escuela por el padre/la madre o el tutor legal. El medicamento o los medicamentos recetados deben estar en un recipiente etiquetado por la farmacia e ir claramente identificados con el nombre del estudiante, el nombre del medicamento y la dosis. Los medicamentos de venta sin receta deben estar en su recipiente de fábrica original. Cuando se traiga a la escuela una sustancia controlada, la cantidad de medicamento deberá ser verificada y el administrador de la escuela u otro miembro del personal deberá firmar en reverso del Registro de administración de medicamentos (MAR). El padre/la madre o el tutor legal también pueden observar el conteo del medicamento y firmar el formulario MAR por detrás.

7. Cuando deba suspenderse un medicamento recetado, es responsabilidad del padre/la madre o el tutor legal notificar al director de la escuela o a la persona designada (por ejemplo, la enfermera), quien enviará a su vez el formulario “Autorización para suspender un medicamento” al proveedor de cuidados de salud.