

AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS

Nombre del estudiante:
Escuela:

De identificación del estudiante:

Fecha de nacimiento:

Nombre del padre/tutor #1:

Número de teléfono:

Nombre del padre/tutor #2:

Número de teléfono:

LOS REQUERIMIENTOS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA SON:

- Orden del médico autorizado (MD, PA, CNP, DDS) para medicamentos recetados y para medicamentos de venta libre que requieren administrar una dosis que exceda la dosis recomendada en la etiqueta.
- Los medicamentos recetados deben estar en un envase etiquetado por la farmacia. (La farmacia puede proporcionarle el medicamento en un frasco para la escuela y en un frasco separado para el hogar). Los medicamentos de venta libre deben entregarse en el envase original y no estar vencidos/caducados.
- Las órdenes médicas se consideran vigentes durante todo el ciclo escolar actual, la escuela de verano y hasta el 30 de septiembre del siguiente ciclo escolar, a menos que el proveedor de salud suspenda o cambie las órdenes médicas o que los padres soliciten por escrito el retirar la orden médica antes de que transcurra ese tiempo.
- Las Escuelas Públicas de Shakopee, sus agentes, empleados y miembros de la Mesa Directiva quedan exentos de toda reclamación, sentencia o responsabilidad que surja de la autoadministración y el transporte de medicamentos por parte del estudiante.

MEDICAMENTOS RECETADOS O SIN RECETA

Nombre del medicamento:		El medicamento se administra para el tratamiento de:	
Dosis:	Ruta:	Frecuencia:	Hora:
☐ Este medicamento <u>sólo</u> se administra si el estudiante olvida tomar su dosis de la mañana en casa.			
☐ Este es un medicamento de emergencia y el estudiante está autorizado a llevarlo consigo y autoadministrarse.			

Nombre del medicamento:		El medicamento se administra para el tratamiento de:	
Dosis:	Ruta:	Frecuencia:	Hora:
☐ Este medicamento <u>sólo</u> se administra si el estudiante olvida tomar su dosis de la mañana en casa.			
☐ Este es un medicamento de emergencia y el estudiante está autorizado a llevarlo consigo y autoadministrarse.			

Nombre del medicamento:		El medicamento se administra para el tratamiento de:	
Dosis	Ruta	Frecuencia	Tiempo
☐ Este medicamento <u>sólo</u> se administra si el estudiante olvida tomar su dosis de la mañana en casa.			
☐ Este es un medicamento de emergencia y el estudiante está autorizado a llevarlo consigo y autoadministrarse.			

Nombre del Proveedor Autorizado: _____ Fecha: _____

Firma del Proveedor Autorizado: _____ Teléfono: _____

*Se requiere la firma de un padre/tutor antes de que se pueda administrar el medicamento.
Firme al reverso de este formulario.*



Nombre del estudiante:
Escuela:

De identificación del estudiante:

Fecha de nacimiento:

AUTORIZACIÓN DEL PADRE/TUTOR PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS:

- ☐ Solicito que las personas autorizadas en la escuela de mi estudiante asistan a mi estudiante a tomar los medicamentos recetados según lo indique el médico autorizado y/o a tomar medicamentos de venta libre según las recomendaciones del fabricante.
- ☐ Confirmo que mi estudiante ha tomado previamente este medicamento.
- ☐ Entiendo que todos los medicamentos se mantendrán en la enfermería. Se pueden hacer excepciones para medicamentos de emergencia como la epinefrina o inhaladores de rescate.
- ☐ Solicito que a mi estudiante se le permita el llevar y autoadministrar el **medicamento de emergencia** (es decir, epinefrina, inhalador de rescate) que pueden ser necesarios para tratar condiciones médicas que tienen el potencial de convertirse en una emergencia. Entiendo que la enfermera de la escuela evaluará la capacidad de mi estudiante para hacerlo de manera segura. Si mi estudiante no puede llevar y autoadministrarse estos medicamentos de manera segura, la escuela se reserva el hecho de requerir que los medicamentos se mantengan en la enfermería.
- ☐ Entiendo que el personal escolar tiene permiso para comunicarse con el médico autorizado con respecto al uso, efectos secundarios, la respuesta y las contraindicaciones de este medicamento y es posible que el medicamento no siempre sea administrado por una enfermera.

Nombre del Padre / Tutor: _____ Fecha: _____

Firma del Padre / Tutor: _____