

MEDICAMENTO AUTORIZACIÓN FORMA

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____ Peso _____

Escuela _____ Maestro(a) de Salón Hogar _____ Nivel de Grado _____

Padre/Tutor _____ Teléfono _____

Nombre del Médico _____ Teléfono _____

Alergias _____ Motivo de la Medicación _____

Medicamento _____ Cantidad de medicamento que administrar _____

Tiempo de ser dado Diariamente a las _____ a.m. _____ p.m. Según sea necesario cada _____ horas

¿Cómo se debe administrar el medicamento? por la boca inhalado gotas para los ojos gotas para los oídos

de uso tópico aerosol nasal inyección intramuscular inyección subcutánea otro _____

Posibles efectos secundarios _____

La escuela no aceptará medicamentos con o sin receta para más de un mes. La enfermera jefe evaluará la administración de medicamentos controlados o medicamentos que puedan alterar los signos vitales o el nivel de consciencia de forma individual. **Es la expectativa del CCSD que los padres/tutores traigan los medicamentos a la escuela por el padre/tutor.**

Los medicamentos recetados deben estar en su envase original de farmacia. Se seguirán las instrucciones escritas en el envase sobre la dosis y la hora de administración. Se deberá proporcionar un envase nuevo para cualquier cambio de dosis o horario.

Los medicamentos de venta libre, sin receta deben estar en su envase original sellado. La dosis no excederá las instrucciones de la etiqueta, independientemente de las indicaciones de los padres. Los medicamentos de venta libre se administrarán solo durante 7 días consecutivos. Se requiere la aprobación de un médico para tratamientos más prolongados.

Cualquier producto que se considere un remedio natural, hierba, vitamina, suplemento dietario, medicina homeopática o medicamento de otro país no se administrará sin un formulario de Aprobación del Médico para Medicamentos sin Receta.

Yo, _____, autorizo al consultorio del médico a divulgar información confidencial sobre mi hijo(a).

Autorizo a la enfermera o al empleado escolar designado a ayudar a mi hijo(a) a tomar el medicamento. Por la presente, libero y renuncio, y además acepto indemnizar, eximir de responsabilidad o reembolsar a la Junta de Educación del Condado de Cherokee, a sus miembros, agentes, empleados y representantes, por cualquier reclamación que yo, cualquier otro padre, madre o tutor, cualquier hermano, el estudiante o cualquier otra persona, empresa o corporación tenga o afirme tener, conocida o desconocida, directa o indirectamente, por cualquier pérdida, daño o lesión que surja de, durante o en relación con la administración de este medicamento.

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____

NO DEVUELVA ESTE FORMULARIO A MENOS QUE EL MEDICAMENTO SERÁ TOMADO EN LA ESCUELA