ROBERTSON COUNTY SCHOOLS
SCHOOL NURSING SERVICES

800 M.S. Couts Blvd., Suite #1
Springfield, TN 37172
Phone: 615-382-3606 Fax: 615-382-2306

OTC MEDICATION ORDER FORM

Estudiante _____ **FDN**_____

School_____ **Grado**_____ **Maestro**_____

La política de administración de medicamentos del Sistema Escolar del Condado de Robertson establece: "Los medicamentos solo se administrarán cuando la salud del estudiante lo requiera durante el horario escolar". Un padre/tutor debe traer los medicamentos a la escuela. Los medicamentos con receta deben tener la etiqueta de la farmacia correspondiente. Los medicamentos sin receta deben estar en un envase nuevo y sin abrir. Los medicamentos se guardarán en un área segura de la clínica. Los medicamentos de emergencia pueden permanecer con los estudiantes si así lo indica el médico.

PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE / TUTOR

Nombre del medicamento _____ **Hora programada** _____
Dosis, frecuencia y vía _____
Forma del medicamento/Tratamiento: □ Tableta/Cápsula □ Líquido □ Inyección □ Sonda G
□ Inhalador □ Nebulizador □ Otro_____
Razón del medicamento_____
Restricciones y/o efectos secundarios importantes:
□ Ninguno anticipado □ SÍ (describa): _____
Requisitos especiales de almacenamiento: □ Ninguno □ Refrigerar □ Otro_____
Solo para uso de la clínica escolar: Fecha recibida _____
Medicamentos que se deben administrar hasta: □ Fin del año escolar □ Otra Fecha/Duración _____

¿Es este estudiante capaz y responsable de auto administrarse este medicamento con supervisión?
□ SÍ, supervisado (un empleado capacitado puede ayudar)
□ NO, un enfermero debe administrar

Solo para uso episódico/de emergencia: □ SÍ □ NO

Solo medicamentos de emergencia: □ El estudiante es responsable y capaz de llevar y autoadministrarse este medicamento en caso de emergencia.

* Doy permiso para que mi hijo reciba el medicamento mencionado anteriormente durante el día escolar, asistido por el personal de la escuela según sea necesario.
* Mi hijo es capaz y responsable de administrarse este medicamento por sí solo (con ayuda) o, si lleva un medicamento de emergencia, es capaz y responsable sin ayuda. □ SÍ □ NO

Firma del Padre_____ Fecha_____

Números de teléfono en caso de emergencia _____

*****Solo se aceptarán los formularios completos. La autorización por escrito es válida únicamente para el año escolar actual.*****