South St. Paul Public Schools

South St Paul Public Schools
Formulario de medicación/procedimiento

Los procedimientos del distrito y los estatutos de Minnesota exigen lo siguiente:

- **Medicamentos y procedimientos recetados:**requerir autorización por escrito de los padres y de un proveedor de atención médica autorizado;*a menos que el estudiante tenga 18 años o más*
- **Medicamentos de venta libre:**requieren autorización escrita únicamente de los padres;*a menos que el estudiante tenga 18 años o más*
- Todos los medicamentos deben venir en su envase original y con una etiqueta de prescripción vigente (cuando corresponda).
- Los siguientes medicamentos se pueden llevar consigo con el consentimiento de los padres (y el consentimiento del médico autorizado, cuando sea necesario):
    - Inhaladores para el asma con receta
    - Sistemas de administración de epinefrina (con el consentimiento del médico)
    - Insulina
    - Analgésicos de venta libre (solo para estudiantes de secundaria)
- Los medicamentos que se pueden llevar por cuenta propia están sujetos a la aprobación de una enfermera autorizada.
- La oficina de salud no tiene stock de medicamentos de venta libre.
- Se requieren nuevos formularios de medicamentos al comienzo de cada año escolar y cuando se realizan cambios en el formulario original.

Por favor devuelva este formulario a la escuela a la que asiste su hijo.

Secundaria South St. Paul/CLC Teléfono: 651-457-9449 Fax: 651-457-9401	Centro Educativo Kaposia Teléfono: 651-457-9424 Fax: 651-457-9453	Escuela primaria Lincoln Center Teléfono: 651-457-9424 Fax: 651-457-9423

Nota: No se administrarán medicamentos sin la debida autorización.

Dar la vuelta →

South St. Paul Public Schools

South St Paul Public Schools
Formulario de medicación/procedimiento

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Escuela:_____ Grado: _____ Fecha: _____

Autorización para la administración de medicamentos/procedimientos

No se necesita la firma del médico que receta medicamentos de venta libre (OTC)

Fecha de inicio: **Fecha de finalización:**

Diagnostico y CIE10	Medicamento/Procedimiento	Dosis	Tiempo	Ruta	Posibles efectos secundarios

▢ El medicamento mencionado anteriormente puede ser transportado y autoadministrado.

▢ Los medicamentos mencionados anteriormente deben conservarse en el consultorio de salud.

_____ _____ _____

NOMBRE IMPRIMIDO del prescriptor Firma del prescriptor autorizado Fecha

_____ _____ _____

Nombre y ciudad de la clínica Número de teléfono Número de fax

Autorización de los padres/tutores

- Solicito que este medicamento se administre según lo ordenado por el médico autorizado anteriormente mencionado..
- Doy mi permiso para que el RN o LSN se comunique con el médico autorizado mencionado anteriormente con respecto a preguntas o inquietudes relacionadas con la medicación de mi hijo.
- Notificará a la escuela sobre cualquier cambio en la(s) medicación(es). Por ejemplo, cuando se suspenda la medicación.
- La oficina de salud de la escuela puede compartir información de salud necesaria con el personal escolar que apoya a su hijo
- Esta autorización expira al final de cada año escolar o después del período escolar de verano.

Medicamentos de fin de año

☐ Recogeré todos los medicamentos de la oficina de salud antes del final del último día de clases (las sustancias controladas DEBEN recogerse)

☐ Por favor envíe a casa todos los medicamentos en la mochila de mi estudiante el último día de clases (esto no se aplica a sustancias controladas)

_____ _____ _____

Nombre Imprimido del padre/tutor Firma del padre/tutor Fecha

Rev. 3/2026