Farmington Municipal Schools Health Services
Medication Authorization Form – Spanish Version

INFORMACIÓN

Los medicamentos deben ser registrados al entrar y salir por un padre/guardián en la oficina de salud. Los estudiantes no podrán transportar medicamentos.

Su firma en este formulario autoriza a otro personal de la escuela a supervisar a su hijo con la autoadministración de medicamentos y/o administrar medicamentos a su estudiante cuando el personal de salud no esté disponible.

Se debe completar un nuevo formulario cada año escolar, para cada medicamento, ya sea con o sin receta.

Padre/guardián: complete la información en esta sección superior y firme la autorización en la parte inferior de la página.

Nombre del estudiante	**Fecha de nacimiento**	**Edad**	**Grado**	**Alergias a medicamentos**

Nombre del prescriptor	**Teléfono del prescriptor**
Nombre del padres/guardiánes	**Teléfono de padres/guardiánes**
Contacto de emergencia	**Teléfono de contacto de emergencia**

Prescriptor: Complete la información y la autorización del medicamento a continuación.

INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS

Diagnóstico: _____

Nombre del medicamento: _____ **Dosis:** _____

Tiempo de administración: _____ **Ruta:** _____

Duración de la administración: ☐ Todo el año escolar
☐ Fechas especificadas: _____ a _____

Instrucciones especiales: _____

_____

Opciones de administración (seleccione una o más):

☐ El estudiante puede autoadministrarse bajo la supervisión directa de un miembro del personal capacitado y designado.
☐ El estudiante puede autoadministrarse sin supervisión.
☐ Administración por enfermera o personal capacitado.

AUTORIZACIÓN

Firma del prescriptor: _____ **Fecha:** _____

Consentimiento del padre/guardián: Yo, el padre/guardián del estudiante mencionado anteriormente, por la presente solicito que el medicamento mencionado anteriormente se le administre a mi hijo de acuerdo con las instrucciones del médico y la política escolar. Acepto que el medicamento debe tomarse durante el horario escolar según las indicaciones del médico. Doy permiso para que la escuela intercambie información con el médico que prescribe a mi hijo según lo considere necesario. Acepto proporcionar los medicamentos necesarios en el envase original con la etiqueta de la farmacia, proporcionar medicamentos de reemplazo según sea necesario y proporcionar una nueva declaración del médico si hay CUALQUIER cambio en el medicamento, la dosis, el tiempo de administración, la vía de administración o instrucciones especiales con respecto a la medicacion. Entiendo que otro personal designado (aparte de la enfermera de la escuela) puede supervisar a mi hijo durante la administración de medicamentos. Doy mi permiso para que la escuela comparta la información anterior con el personal de la escuela que necesita saber sobre la condición de mi hijo.

Firma del padre/guardián _____ **Fecha:** _____

Quiero que me notifiquen cada vez que se administre un medicamento en este formulario a mi estudiante. ☐ Si ☐ No

Confirmo que el estudiante es capaz de llevar y administrar adecuadamente los medicamentos mencionados anteriormente ☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, consulte a la enfermera de la escuela para obtener documentación adicional.

Firma del enfermero de la escuela: _____ **Fecha:** _____

Revised: 05/2025