



**DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DEL ESTADO DE ALABAMA  
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS DE LA  
ESCUELA / PRESCRIPTOR / PADRE**

**INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE**

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

No Alergias Conocidas a Medicamentos  Alergias (lista por favor): \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN DEL PRESCRIPTOR (Para ser completada SOLO por profesionales de la salud con licencia) \*\*Esto constituye una orden médica y, una vez firmada, cualquier modificación puede violar la ley estatal y/o federal.\*\***

Nombre de Medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Via: \_\_\_\_\_

Frecuencia/Tiempo(s): \_\_\_\_\_ Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_

Razon por tomar el medicamento: \_\_\_\_\_

Posibles efectos secundarios/contraindicaciones/reacciones adversas:

\_\_\_\_\_

Orden de tratamiento en caso de reacción adversa:

\_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES ESPECIAL:**

¿Es el medicamento una sustancia controlada?  Si  No

¿Está permitido y recomendado automedicarse?  Si  No

Si es 'sí', por la presente afirmo que a este estudiante se le ha instruido sobre la correcta auto-administración del medicamento recetado.

¿Recomiendan que el estudiante lleve este medicamento con el/ella mismo?  Si  No

Gel de glaseado de pastel SOLO para estudiantes diabéticos durante el transporte en autobús  Si  No

Órdenes de medicación de emergencia durante el transporte: \_\_\_\_\_

**PHYSICIAN (MD/DO)**

Printed Name of Prescribing Physician: \_\_\_\_\_

Signature & Credentials: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Phone Number: ( ) - \_\_\_\_\_ Fax Number: ( ) - \_\_\_\_\_ AND/OR

**LICENSED NON-PHYSICIAN PRESCRIBING PROVIDER (CRNP, NP, PA)**

Printed Name of Provider: \_\_\_\_\_ Signature &

Credentials: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Phone Number:

( ) - \_\_\_\_\_ Fax Number: ( ) - \_\_\_\_\_

**AUTORIZACION DE PADRES**

Autorizo a la Enfermera de la escuela, a la Enfermera Registrada (RN) o a la Enfermera Práctica Licenciada (LPN), a administrar o a delegar al personal escolar no licenciado la tarea de ayudar a mi hijo(a) a tomar el medicamento mencionado de acuerdo con las normas de práctica del código administrativo. Entiendo que serán necesarios documentos adicionales firmados por los padres o el prescriptor si se cambia la dosis del medicamento.

**Los Medicamentos Recetados** deben registrarse con la Enfermera de la Escuela o con un Asistente de Medicación Capacitado. Los medicamentos recetados deben estar debidamente etiquetados con el nombre del estudiante, el nombre del prescriptor, el nombre del medicamento, la dosis, los intervalos de tiempo, la vía de administración y la fecha de caducidad del medicamento cuando sea apropiado.

**Los Medicamentos Sin Receta** deben ser presentados a la Enfermera de la Escuela o al Asistente de Medicación Capacitado. Los medicamentos sin receta deben estar en su envase original, sin abrir y sellado. **No se puede guardar un medicamento sin receta por más de 2 semanas sin la autorización por escrito de un proveedor de salud autorizado y con licencia.** Se debe seguir la política de la Agencia Educativa Local para medicamentos sin receta.

Firma del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

**\*\*\*AUTORIZACION DE AUTOADMINISTRACION SOLO\*\*\***

**(Completar SOLO si el estudiante está autorizado para el autocuidado completo por un proveedor de salud con licencia.)**

Autorizo y recomiendo que mi hijo(a) se automedique con el medicamento mencionado arriba. También afirmo que ha recibido instrucciones de su médico tratante sobre la correcta administración del medicamento prescrito. Eximiré y mantendré indemne a la escuela, a los representantes de la escuela y a la junta local de educación de cualquier reclamo que pueda surgir relacionado con la automedicación de mi hijo(a) con el(los) medicamento(s) recetado(s).

Firma del Padre/Guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_