Pflugerville ISD Health Services

Formulario recibido el: _____

Recibido por: _____

Solicitud y consentimiento para la administración de medicamentos

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/_____

Número de identificación del estudiante: _____

Escuela: _____ Maestro/a: _____ Grado: _____

Alergias a medicamentos: _____ ◯ Sin alergia conocida a medicamentos

Autorización del proveedor de atención médica

Medicamento: _____ Dosis: _____ Vía de administración: _____

Afección para la cual se administra el medicamento: _____

Hora(s) de administración: _____ Fecha de caducidad del medicamento: _____

Fechas de administración: Desde _____ Hasta _____ O ◯ Duración del año escolar

Efectos secundarios conocidos/Instrucciones especiales:

_____

Nombre impreso del médico: _____ Teléfono: (_____)- _____- _____

Firma del médico: _____ Fecha: _____

Autorización de los padres/tutores

Todas las primeras dosis de medicamentos deben administrarse en casa. ¿Su hijo/a ha tomado este medicamento anteriormente?
◯ SÍ ◯ NO

Devolución de medicamentos: Indique cómo desea que se le devuelvan los medicamentos a su domicilio.
*** Cualquier medicamento que no se recoja antes del último día de clases será desechado por la enfermera escolar, según el protocolo.

☐ ◯ Enviar a casa en la mochila de mi hijo/a
**** Las sustancias controladas y los EpiPens deben ser transportados por un padre/tutor y no serán entregados a los estudiantes.*

☐ ◯ El padre/tutor recogerá el medicamento en la clínica.

☐ ◯ No devuelva el medicamento. Deseche las dosis restantes.

Al firmar a continuación, reconozco que:

1. Doy mi autorización al personal designado del Distrito Escolar Independiente de Pflugerville (PfISD) para administrar este medicamento de acuerdo con las instrucciones del proveedor de atención médica mencionadas anteriormente y la Política de Medicamentos del PfISD.

2. He leído, comprendo y acepto cumplir con la Política de Medicamentos del Distrito Escolar Independiente de Pflugerville (Pflugerville ISD), disponible en el sitio web de Servicios de Salud.

Nota: Las solicitudes deben renovarse cada año escolar

Revisado en mayo de 2026

Pflugerville ISD
Health Services

3. Autorizo a la escuela a contactar al profesional de la salud mencionado anteriormente con respecto a la administración de este medicamento.

Firma del padre/madre o tutor legal: _____ Fecha: _____

Inventario de medicamentos

* Al recibir o devolver medicamentos a un padre *

Fecha	Cantidad	Firma del mostrador	Iniciales del testigo	Fecha	Cantidad	Firma del mostrador	Iniciales del testigo

Los inventarios semanales de medicamentos deben documentarse en Skyward.

Documentación fuera de línea de la administración de medicamentos

Fecha	Hora	Razón	Firma de la enfermera

Códigos de motivo:
COM = Tiempo de inactividad del ordenador SUB = Enfermero/a sustituto/a STU = Estudiante de enfermería UAP = Personal de asistencia no autorizado (autorizado)

Medicamento devuelto a: _____ Fecha: _____

Firma del padre/madre/tutor legal/estudiante

Revisado en mayo de 2026