



Authorization for the Administration of Medication/Autorización para la Administración de Medicamentos

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Año Escolar: _____ Escuela: _____
Número de Teléfono: _____ Maestro: _____ Grado: _____

TO BE COMPLETED BY THE LICENSED PHYSICIAN OR PRESCRIBER
A SER COMPLETADO POR EL MÉDICO CON LICENCIA O EL PROFESIONAL QUE PRESCRIBE

1. Name of Medication: _____ 2. Reason for Medication: _____
3. Dosage: _____ 4. Time to be administered: _____
4. Duration of medication (week, month, indefinite, etc): _____
5. Side Effects (circle one)? Yes / No If yes, specify: _____
6. Form of medication/treatment: _____
- ☐ Tablet
- ☐ Liquid
- ☐ Inhaler
- ☐ Injection
- ☐ Nebulizer
- ☐ Other _____
7. Special Storage Requirements: ☐ None ☐ Refrigerate

LICENSED PRESCRIBER SIGNATURE

PRINTED NAME

DATE

ADDRESS

PHONE

FAX

****PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE/MADRE O TUTOR LEGAL****

He leído la Autorización para la administración de medicamentos que aparece al dorso de este formulario y, por la presente, solicito y autorizo al personal de Oklahoma City Public Schools a administrar este medicamento según las indicaciones. Acepto eximir de responsabilidad, indemnizar y liberar de toda culpa a Oklahoma City Public Schools, así como a cualquiera de sus funcionarios, miembros del personal o representantes, frente a cualquier demanda, reclamación,



Authorization for the Administration of Medication/Autorización para la Administración de Medicamentos

exigencia o acción legal en su contra por la administración del/de los medicamento(s) antes mencionado(s) a mi hijo(a). Comprendo que se otorga permiso para el intercambio de comunicación verbal y/o escrita entre el personal de enfermería (RN/LPN) y el profesional que prescribe el medicamento con respecto a dicho fármaco.

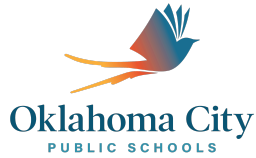
Este documento autoriza la administración de medicamentos a mi hijo(a) por parte de personal escolar capacitado y autorizado durante una excursión o actividad organizada por la escuela en horario escolar.

Asimismo, comprendo que cualquier cantidad restante del medicamento debe ser recogida por el padre, madre o tutor legal a más tardar el último día de clases; de lo contrario, el medicamento será destruido.

Este formulario vence al finalizar el año escolar académico en curso (incluyendo la escuela de verano).

FIRMA DEL PADRE/MADRE O TUTOR LEGAL

FECHA



Authorization for the Administration of Medication/Autorización para la Administración de Medicamentos

SELF-ADMINISTRATION OF ASTHMA, ANAPHYLAXIS, DIABETES, AND SEIZURE MEDICATION ONLY

(Complete ONLY if prescribing these medications to be carried by the student)

****TO BE COMPLETED BY LICENSED PHYSICIAN/PRESCRIBER****

This student has been instructed, and is capable and responsible to self-administer this medication: ☐ Yes ☐ No

This student may carry this medication on their person: ☐ Yes ☐ No

LICENSED PRESCRIBER SIGNATURE (REQUIRED)

DATE

A COMPLETAR POR EL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL - AUTORIZACIÓN PARA LA AUTOADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS:

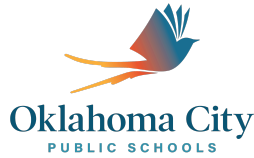
EL DISTRITO ESCOLAR NO ASUMIRÁ RESPONSABILIDAD ALGUNA POR LESIONES DERIVADAS DE LA AUTOADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR PARTE DE MI HIJO/A O ESTUDIANTE A MI CARGO.

CONFORME A LA LEY DE OKLAHOMA, COMPRENDO QUE DEBO PROPORCIONAR A LA ESCUELA UNA RESERVA DE EMERGENCIA DEL O LOS MEDICAMENTOS.

FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL (OBLIGATORIO)

TELÉFONO

FECHA



Authorization for the Administration of Medication/Autorización para la Administración de Medicamentos

Si es necesario administrar un medicamento durante el horario escolar, se deben cumplir los siguientes requisitos: Al firmar el formulario de Solicitud y Autorización para la Administración de Medicamentos, el padre, madre o tutor legal reconoce que, según la ley estatal, la Junta de Educación de OKCPS, el Distrito Escolar Oklahoma City Public Schools y los empleados del Distrito no serán responsables ante el estudiante ni ante sus padres o tutores por daños civiles derivados de lesiones personales sufridas por el estudiante a causa de actos, omisiones o efectos adversos de dicho medicamento. Los medicamentos de venta libre deben presentarse en su envase original y sin abrir. El nombre del estudiante debe figurar en la caja o el frasco, y la dosis y frecuencia de administración deben coincidir con las instrucciones de la etiqueta. No se aceptarán medicamentos en bolsas o sobres. No se administrarán medicamentos en la escuela ni durante actividades organizadas por la misma a menos que se cuente con un formulario de Solicitud y Autorización para la Administración de Medicamentos correspondiente al año escolar en curso, debidamente cumplimentado y firmado por el padre, madre o tutor legal, y que este conste en los archivos escolares. Los medicamentos recetados deben haber sido indicados por un médico o dentista autorizado, y se otorga permiso para el intercambio de información verbal o escrita entre el personal escolar y el profesional que prescribió el medicamento. Los medicamentos recetados deben llevarse a la escuela en su envase original vigente y con la etiqueta de la farmacia intacta. La etiqueta debe indicar el nombre del estudiante, el nombre del medicamento, la dosis y el horario de administración. El profesional que prescribe el medicamento DEBE firmar y fechar el formulario de Solicitud y Autorización para la Administración de Medicamentos. Si el medicamento no está etiquetado correctamente o no coincide con la información del formulario de Solicitud y Autorización, no se administrará. Los padres o tutores pueden solicitar al farmacéutico un envase adicional etiquetado específicamente para la dosis que corresponde al horario escolar. Por seguridad del estudiante, se recomienda que el padre, madre o tutor lleve el medicamento a la escuela y lo entregue directamente al personal de Servicios de Salud. La escuela no puede enviar medicamentos a casa con los estudiantes. Al finalizar el año escolar, el padre, madre o tutor legal deberá recoger cualquier medicamento restante a más tardar el último día de clases; de lo contrario, el medicamento será destruido. El padre, madre o tutor acepta proporcionar el medicamento y todo lo necesario para su administración por su propia cuenta. El padre, madre o tutor legal notificará de inmediato a la escuela cualquier cambio en la administración de este medicamento y proporcionará al centro escolar un nuevo frasco con la receta y una nueva solicitud de administración de medicamentos.