Tigard-Tualatin School District 23J Medication Administration Form

Esta orden es válida solo en el Distrito Escolar Tigard-Tualatin para el año escolar actual o hasta que un médico la suspenda

Nombre del Estudiante:	Escuela:
Fecha de Nacimiento:	Grado/Nombre del Maestro:
Nombre y Teléfono del Padre/Tutor:	Nombre y Teléfono del Padre/Tutor:

Padre/Tutor: Por favor lea las siguientes declaraciones y proporcione sus iniciales como aprobación o reconocimiento. Iniciales del Padre/Tutor aquí

1. Todos los medicamentos deben estar en su envase original, con la etiqueta correcta y el nombre del estudiante. Si se trata de un medicamento con receta médica, se debe adjuntar la etiqueta vigente, que incluya el nombre del estudiante, el nombre del medicamento, la dosis y la hora y frecuencia de administración.	
2. El padre/tutor es responsable de proporcionar los medicamentos necesarios, de mantener el suministro y de verificar su contenido. Si el medicamento se toma en medias dosis, los padres o la farmacia que lo emite deben cortar las pastillas.	
3. El padre/tutor es responsable de recoger todos los medicamentos no utilizados antes del último día de clases. Todos los medicamentos que se dejen en la escuela serán desechados.	
4. El padre/tutor acepta la responsabilidad de notificar por escrito a la enfermera del distrito o al personal de la oficina principal/enfermería de la escuela sobre cualquier cambio en el medicamento del estudiante durante el año escolar. Los cambios en la etiqueta de la receta o las instrucciones del envase deben ser realizados por escrito por el profesional de la salud. NO SE PERMITEN CAMBIOS VERBALES.	
5. Los medicamentos deben ser médicamente necesarios para que el estudiante los tome mientras esté en la escuela.	

Nombre del Medicamento:	Tipo de Medicamento: Recetado ____ Sin receta____
Fecha de Entrega en la Escuela:	Fecha de Suspensión:
Hora en que debe administrarse el medicamento:	Dosis de Administración (sin abreviaturas):
Ruta: Boca____ Oido____ Ojo _____ Nariz____ Piel___	Inyección ___ Otro_____
Razón por Medicamento:	Instrucciones Especiales:

Firma y Autorización del Padre/Tutor

Confirmo que la información de salud anterior es precisa y completa, y entiendo que es mi responsabilidad notificar a la secretaría de la escuela por escrito de inmediato sobre cualquier cambio en esta información. Esta autorización se aplica únicamente a los medicamentos mencionados anteriormente y durante el tratamiento o el año escolar.

Esta autorización proporciona permiso para intercambiar información sobre el medicamento, según sea necesario, entre la enfermera del distrito, el personal de la escuela y/o el proveedor de salud de mi estudiante.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Solo Personal de Oficina: ☐ **Notificar al enfermero registrado** ☐ **Colocar una copia den la carpeta**

Solo Enfermera: ☐ **Revisado y aprobado** ☐**Medicamentos para llevar en excursión** ☐ **Nota en Synergy**