BRANDYWINE SCHOOL DISTRICT

1311 BRANDYWINE BOULEVARD
WILMINGTON, DE 19809-2306

(302)793-5000
www.brandywineschools.org

LISA A. LAWSON, Ed.D.
SUPERINTENDENT OF SCHOOLS

JASON HELLER
PRESIDENT, BOARD OF EDUCATION

JOHN SKROBOT, III
VICE-PRESIDENT, BOARD OF EDUCATION

Solicitud/permiso de padres/tutores para que se administre medicamentos al estudiante en la escuela

- Envíe el medicamento a la escuela con un adulto responsable si Ud. no puede llevarlo a la escuela
- Envíe el medicamento en el envase original debidamente etiquetado con el nombre, la hora, la dosis y la fecha correcta. La receta y el medicamento deberán ser vigentes y las recetas a largo plazo deberán ser reautorizadas al menos una vez al año.
- Cantidad de tabletas (a menos que el número de tabletas sea el número exacto en la etiqueta) o la cantidad aproximada de líquido en la botella.
- Todos los medicamentos en la escuela deben recogerse o se desecharán al final del año escolar.
- Complete la siguiente información

Si es necesario que su niño/niña reciba medicamentos durante el día escolar, por favor siga las siguientes instrucciones:

Fecha _____ Nombre del estudiante_____

Nombre del medicamento_____

Dosis_____ Tiempo_____

Razón por el medicamento _____

Alergias a cualquier medicamento _____

Número de comprimidos enviados _____Cantidad de líquido_____ Cantidad de Medicamento_____

Soy consciente de que la enfermera de la escuela puede ponerse en contacto con el doctor que atendió o el farmacéutico relacionado a la medicación /tratamiento y él/ella requiere usar juicio profesional con respecto a toda la administración de medicamentos. Doy permiso a la enfermera de la escuela para administrar el medicamento (s).

_____ Doy permiso para que este medicamento tome mi hijo (a) en cualquier excursión patrocinada por la escuela durante este año escolar. Entiendo que una enfermera o personal capacitado ayudará a mi hijo a tomar el medicamento como indica arriba..

_____ Doy permiso para que la enfermera de la escuela prepare a un miembro del personal para brindar atención de emergencia a mi hijo (a) para administrar la medicación indicada en caso de que mi hijo (a) muestre signos y síntomas de la afección que pongan en peligro su vida, según lo indique el plan de acción de emergencia / las órdenes prescritas por el médico de mi hijo (a).

_____ Mi hijo (a) no necesitará este medicamento (s) en las excursiones..

Firma del Padre/Tutor_____

Firma de la Enfermera_____

Número de comprimidos/cantidad de líquido recibido: Registro e iniciales en el reverso de este formulario

It is the directive of the Board of Education that the Brandywine School District shall not discriminate in its employment practices or its educational programs and activities for students on the basis of race, color, religion, national origin, sex, sexual orientation, marital status, disability, age, veteran status or other legally protected characteristic. All policies, regulations, and practices of the District shall be guided by this directive.

BRANDYWINE SCHOOL DISTRICT
1311 BRANDYWINE BOULEVARD
WILMINGTON, DE 19809-2306
(302)793-5000
www.brandywineschools.org

LISA A. LAWSON, Ed.D.
SUPERINTENDENT OF SCHOOLS

JASON HELLER
PRESIDENT, BOARD OF EDUCATION

JOHN SKROBOT, III
VICE-PRESIDENT, BOARD OF EDUCATION

Lista de conteo de medicamentos

Esta hoja debe utilizarse para el conteo mensual del medicamento (s) sumas/restas periódicamente..
Por favor, indique por mes y fecha si el recuento es el conteo mensual.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____FECHA DE NACIMIENTO: _____

Nombre de medicamento (s), Dosis _____

Fecha	Cantidad actual	Sumar o restar	Comentario	Iniciales/Iniciales

Firma de la Enfermera_____ Iniciales_____

Firma de la Enfermera_____ Iniciales_____

Firma del Padre/Tutor_____ Iniciales _____

Firma del Padre/Tutor_____ Iniciales _____

It is the directive of the Board of Education that the Brandywine School District shall not discriminate in its employment practices or its educational programs and activities for students on the basis of race, color, religion, national origin, sex, sexual orientation, marital status, disability, age, veteran status or other legally protected characteristic. All policies, regulations, and practices of the District shall be guided by this directive.