



**AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS
POR EL PERSONAL ESCOLAR DESIGNADO**

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Año: _____

Doy mi permiso al personal de la escuela para administrar este medicamento, según las instrucciones siguientes: (No se salte ninguna pregunta)

Medicamento: _____

Fecha de inicio: _____ Fecha de conclusión: _____

Dosis (fuerza/cuánto): _____

_____ No recetado

Frecuencia (qué tan a menudo): _____

_____ Recetado

Hora del día para las medicinas en la escuela: _____

Nombre de la farmacia: _____

Vía de administración (ponga un círculo en uno):

Boca Oído Ojo Nariz Piel

Número de la receta (si corresponde): _____

Nombre de quien emitió la receta (si procede): _____

Motivo de la medicación:

Teléfono de quien emitió la receta (si procede): _____

Instrucciones especiales:

**TODOS LOS MEDICAMENTOS DEBEN
ESTAR EN SU ENVASE Y NO ESTAR
VENCIDOS, EN SU ENVASE ORIGINAL, CON
SU ETIQUETA PRECISA**

Entiendo que soy responsable de proporcionar este medicamento y mantener el abastecimiento, según sea necesario. Se debe proporcionar toda la medicación desde su hogar y debe estar en su envase original, con su etiqueta, y en un envase que no haya vencido. Comprendo que soy responsable de notificar a la escuela por escrito si hay cambios en la medicación, y que todas las medicaciones autoadministradas se deben traer y llevar a la escuela y desde la escuela por parte de uno de los padres o tutores legales, o por el estudiante, cuando eso esté permitido. Todos los medicamentos que estén sin utilizar se recogerán el último día de la escuela. Comprendo que cualquier medicamento que se haya dejado en la escuela será desechado. (OAR 581-021-0037)

Firma de los padres o de los tutores: _____ Fecha: _____

DIRECCIÓN DE LA PERSONA QUE EMITE LA RECETA

(Se requiere la autorización por escrito o con la etiqueta de la farmacia para todos los medicamentos recetados y todos los medicamentos aprobados que no sean de FDA)

- _____ Yo he recetado la medicación mencionada anteriormente para el estudiante, cuyo nombre aparece en la parte superior de este formulario.
- _____ Las instrucciones de los padres son precisas
- _____ Por favor, permita que este estudiante lleve y se administre este medicamento. (El estudiante debe ser capaz, a nivel de desarrollo y de comportamiento de autoadministrarse)
- _____ Certifico que este medicamento es necesario para que el estudiante permanezca en la escuela
- _____ Instrucciones especiales, incluyendo las reacciones adversas y la acción requerida: _____

Nombre de la persona que emite la receta (por favor,
escribir o poner estampilla)

Nombre de la clínica y dirección

Firma de la persona que emite la receta

Teléfono

Fecha de vigencia