



Autorización para la administración de medicamentos en la escuela

Los padres/tutores que soliciten al personal de la escuela que les dé medicamentos a sus estudiantes deben proporcionar un permiso por escrito cada año escolar. Los medicamentos recetados requieren la autorización por escrito tanto del médico/prescriptor autorizado del estudiante como del padre/tutor cada año escolar.

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

Condición	Medicamento	Dosis	Tiempo	Ruta	Posibles efectos secundarios
1.					
2.					
3.					

Otras consideraciones/direcciones: _____

Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: _____

Todas las autorizaciones vencen al final del año escolar o después de la sesión de la escuela de verano.

Firma del médico/prescriptor autorizado Nombre impreso del médico/prescriptor autorizado Fecha

Nombre de la clínica Teléfono Fax

Autorización de los padres/tutores

- 1 Solicito que los medicamentos mencionados anteriormente se administren durante el horario escolar, incluidas las excursiones, según lo indique el padre/tutor y/o el médico/prescriptor autorizado de mi estudiante
 - 2 Notificaré a la escuela sobre cualquier cambio en el/los medicamento(s), es decir, cambio en la dosis, si se suspende el medicamento, etc
 - 3 Doy permiso a la enfermera de la escuela para que se comunique, según sea necesario, con el personal de la escuela sobre el estado de salud del estudiante y la acción de los medicamentos
 - 4 Doy permiso para que la enfermera de la escuela consulte con el médico/prescriptor autorizado del estudiante sobre cualquier pregunta relacionada con los medicamentos enumerados o las afecciones médicas que se estén tratando con los medicamentos
 - 5 Doy permiso para que el/los medicamento(s) sea(n) administrado(s) por personal escolar delegado, capacitado y supervisado por la enfermera escolar autorizada
- Solicito que se administre la medicación durante el horario o los días en que no se imparten clases en el programa SLP (por ejemplo, en Kids Place/Programas de Enrichcimiento) Me hago responsable de capacitar al personal y de proporcionar la medicación Entiendo que la enfermera escolar no está disponible durante este horario ☐ Sí ☐ No

Nota: El medicamento debe suministrarse en el frasco original/de la receta

Firma del padre/tutor Parentesco con el estudiante Fecha Teléfono durante el día

Regresar a la Oficina de Salud

Health Office Staff Use Only:

Med. Expiration date _____

☐ Medication in Health Office

☐ Documented in Health Record

For internal use only

Student Name: _____ Date of Birth: _____

Medication: _____ Grade: _____

Sep	Oct	Nov	Dec	Jan	Feb	Mar	Apr	May	Jun
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
16	16	16	16	16	16	16	16	16	
17	17	17	17	17	17	17	17	17	
18	18	18	18	18	18	18	18	18	Aug
19	19	19	19	19	19	19	19	19	
20	20	20	20	20	20	20	20	20	19
21	21	21	21	21	21	21	21	21	20
22	22	22	22	22	22	22	22	22	21
23	23	23	23	23	23	23	23	23	22
24	24	24	24	24	24	24	24	24	23
25	25	25	25	25	25	25	25	25	24
26	26	26	26	26	26	26	26	26	25
27	27	27	27	27	27	27	27	27	26
28	28	28	28	28	28	28	28	28	27
29	29	29	29	29	29	29	29	29	28
30	30	30	30	30		30	30	30	29
	31		31	31		31		31	30
									31

Medication Given By:

Signature/Initials

Controlled Substance Count:

Date	Initials	# Rec.	# Sent	Date	Initials	# Rec.	# Sent
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Abbreviations:

A= Absent
AW= Accidentally Wasted
FT= Field Trip
H= Hold
NG= Not Given

NMA= No Medication Available
PG = Parent Gave Medication

Inhaler brought in:

Date/Initials: _____

Circle one: New/Used or Partially Used