DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE DEER PARK
SERVICIOS DE SALUD

AUTORIZACIÓN Y PERMISO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE UN MEDICAMENTO

Nombre del estudiante_____ Fecha de nacimiento_____
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

1. Los medicamentos suministrados por más de 10 días requieren la firma del médico.
2. La firma del Padre/tutor es necesaria para la administración de un medicamento.
3. Prescripción y medicamentos sin receta deben estar en el envase original.
4. Cambios en la administración de medicamentos de venta con receta, incluyendo la dosis y el horario, deben estar escritos por el médico. La discontinuidad debe ser escrita por el padre/tutor y/o médico.
5. La etiqueta del medicamento debe tener el nombre del paciente, nombre del medicamento, las instrucciones de uso y fecha.
6. Los cambios en la administración de medicamentos sin receta deben estar por escrito del padre/tutor y/o médico.
7. Las órdenes del médico para medicamentos sólo son válidas para el año escolar actual.
8. El permiso para administrar la dosis perdida "en casa" debe ser por escrito. El fax y el correo electrónico son aceptables. El original debe ser obtenido dentro de las 48 horas.
9. Medicamentos PRN (medicina que se toma solo cuando se necesita) no puede ser administrada más de cuatro veces en un mes. **No está permitido dar medicamentos narcóticos para el dolor en la escuela.**
10. El medicamento debe ser entregado y recogido en la clínica por un padre o un adulto autorizado.

Padres: Favor de dar permiso para la administración del medicamento en la escuela

_____ _____ _____ _____
Medicación **Dosis** **Tiempo** **Duración**

Fecha de inicio_____ Alergias _____

Instrucciones especiales_____

Condición por la cual debe darse el medicamento_____

¿Se está tomando actualmente medicamentos en casa?_____

Nota: Medicamentos sin receta que se toman más de 4 veces al mes, requerirá la orden de un médico (firma) indicando la dosis máxima permitida al mes.

Los padres/tutores deben firmar la forma para el medicamento en la parte de abajo.

DOCTOR: FAVOR ESCRIBIR LA ORDEN PARA ADMINISTRAR EL MEDICAMENTO EN LA ESCUELA

Los medicamentos con receta para más de 10 días, los medicamento sin receta más de 4 veces en un mes o medicamentos sin receta cuando la dosificación es más de la dosis recomendada en el envase, requieren la orden de un médico.

_____ _____ _____ _____
Medicación **Dosis** **Tiempo** **Duración**

Fecha de inicio_____ Alergias _____

Instrucciones especiales_____

Condición por la cual debe darse el medicamento_____

¿Se está tomando actualmente medicamentos en casa?_____

Nombre del médico (en imprenta)_____ **Firma del médico**_____

Número de teléfono_____ **Número de fax**_____ **Fecha**_____

Solicito al estudiante mencionado arriba administrarle el medicamento en la escuela por personal cualificado, de acuerdo con la receta o sin receta, siguiendo las instrucciones y mantenerse un registro. El estudiante no ha experimentado previamente efectos secundarios de la medicación. Además, estoy de acuerdo que el personal de la escuela puede ponerse en contacto con el médico cuando sea necesario con respecto a este medicamento y que la información de la medicación podrá ser compartida con el personal de la escuela que necesite saber.

Tengo entendido que la ley establece que no habrá responsabilidad por daños y perjuicios civiles como resultado de la administración de los medicamentos, donde la persona que administre el medicamento actúa como una persona prudente y razonable habitualmente lo haría en circunstancias iguales o similares. Estoy de acuerdo en proporcionar una entrega segura de los medicamentos y equipos hacia y desde la escuela y recoger el medicamento y equipo restante o ser destruidos correctamente.

Padre/tutor firma_____ **Fecha**_____

No. de teléfono durante el día_____ **No. de Teléfono alternativo**_____