

AUTORIZACION PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Escuela: _____ Maestro: _____ Grado: _____

ESTA PARTE DEBE SER LLENADA POR EL MEDICO (LHP) QUE RECETA, DENTRO DE SU ALCANCE Y AUTORIDAD PARA RECETAR. El distrito escolar no se hace responsable de reacciones adversas cuando se administran los medicamentos de acuerdo a las instrucciones del medico del estudiante.

Medicamento	Dosis ¿Refrigerado?	Horario que se del medicamento	Diagnostico o razón debe tomar
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Si es dado PRN, especificar el tiempo entre dosis: _____

Medicamento/Tratamiento: Tabletas/capsulas Liquido Inhalador Inyección Nebulizador Otro _____

Posibles efectos secundarios: Ninguno Si, describa por favor _____

Procedimiento de emergencia en caso de efectos secundarios serios: _____

Permiso de cargar inhalador y usarlo:

Inhalador: Si No Insulina: Si No Epi-pen: Si No

Si el estudiante tiene permiso para usar su medicamento, por favor entregue uno extra para ser usado en la Enfermería

Solicito y autorizo que el estudiante mencionado reciba los medicamentos orales identificados arriba de acuerdo con las instrucciones indicadas desde _____ (fecha) a _____ (fecha) (sin pasar de este año escolar) ya que hay razón valida de salud que sugiere que el medicamento sea usado durante el horario de escuela.

Firma del Medico

Fecha de la Firma

Nombre (Imprimir)

Numero telefónico

Tenga en cuenta: Si se dan muestras del medicamento, deben ser etiquetadas con el nombre del estudiante, la dosis y horario en que se debe dar. El medicamento debe ser proporcionado en el envase

ESTA PARTE DEBE SER LLENADA POR EL PADRE/TUTOR

Solicito que la escuela administre el medicamento al estudiante indicado de acuerdo con las instrucciones del LHP durante el periodo de _____ a _____ (sin pasar de este año escolar). Entiendo que si hay medicamento de sobra al final del año escolar, este será destruido si no es recogido antes del último día de escuela. Tienen mi permiso para comunicarse con el medico.

Permiso para cargar y usar:

Inhalador: Si No Insulina: Si No Epi-pen: Si No

Si el estudiante tiene permiso para usar su medicamento por favor proporcione uno extra a la Enfermería

Inhalador, Insulina, Epi-pen localizado:

En enfermería En la mochila del estudiante

Firma del Padre/Tutor

Fecha de la Firma

Numero telefónico: _____ (casa) _____ (celular)

**Distrito Escolar de Stanwood –
Camano #401 Revisión de la Política
de Medicamentos y Procedimientos**

Estimado Padre/Tutor:

En conformidad con la política del Distrito (3416), procedimiento (3416P) y los requisitos de la ley RCW 28A.31.150-.155 y RCW 18.71.030(3), personal escolar designado administrara **UNICAMENTE** medicamentos orales a los estudiantes si se han completado los siguientes procedimientos. Estos procedimientos deben asegurar que los estudiantes reciban los medicamentos solo bajo la dirección del medico del estudiante y con el conocimiento y autorización de los padres/tutores legales. Apreciamos su cooperación en este proceso para proteger la salud y bienestar de los estudiantes.

PROCEDIMIENTO QUE DEBE TENER LUGAR:

1. Un formulario de autorización para medicamentos orales recetados debe ser llenado para cada medicamento. (Estos formularios están disponibles en la escuela y en el consultorio local del medico.)
2. El formulario de autorización es valido para el año escolar en curso solamente. La autorización del padre y medico caducara automáticamente al final del año escolar.
3. El formulario de autorización debe ser llenado y firmado por el padre/tutor legal **Y** el medico del estudiante. Los medicamentos deben ser entregados en el envase **ORIGINAL** y debidamente etiquetados.
4. Los medicamentos sin receta medica que sean administrados por personal de la escuela por mas de 15 días de calendario requieren autorización por parte del medico **y** de los padres, incluyendo instrucciones. Los medicamentos deben ser entregados en el envase **ORIGINAL** y debidamente etiquetados.
5. El horario de administración no puede ser diferente del de las instrucciones escritas y del envase de la receta a menos que se de un formulario de autorización actualizado, firmado tanto por los padres/tutores legales y el medico.
6. La autorización por escrito del medico debe indicar las razones validas de salud que requieren que se administre el medicamento durante el horario de la escuela o durante el tiempo en el que el estudiante se encuentre bajo supervisión de oficiales escolares.
7. **Los medicamentos y los formularios de autorización llenados deben ser entregados a la escuela directamente por el padre o tutor legal.**
8. El padre/tutor legal es responsable por mantener el suministro de medicamentos para ser administrados.

Si tiene alguna pregunta con respecto a la Política de Medicamentos del Distrito Escolar de Stanwood -Camano (3416) y Procedimiento (3416P), comuníquese con las enfermeras en las escuelas.