

ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS
2018-2019

La política de la escuela requiere el consentimiento de los padres o del representante legal y una declaración escrita del médico autorizado, antes de que el personal de la escuela pueda dar cualquier medicamento prescrito o sin prescripción a un estudiante. Por favor complete esta forma y retórnela a la oficina.

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nac _____ Grado _____ N° de salón _____
Dirección _____ Teléfono _____
Alergias _____

Para ser llenado por el MEDICO AUTORIZADO

De acuerdo con ORC 3313.713/ 3313.716 el médico autorizado debe proveer la siguiente información antes de que un estudiante sea autorizado de recibir medicamentos en la escuela o poseer y auto-administrarse un inhalador para el asma

Condición para la cual se suministra la medicación _____
Nombre del medicamento, dosis y vía de administración _____
Hora o indicaciones para el suministro _____
Posibles efectos colaterales a ser notados/reportados _____
Instrucciones Especiales _____
Fecha de Vigencia _____ Fecha de Finalización _____

INHALADORES PARA EL ASMA Y BOMBAS DE INSULINA - En mi opinión, este estudiante muestra la capacidad de auto-administrarse y llevar consigo la medicación anterior. SÍ _____ NO _____

La siguiente sección es REQUERIDA para INHALADORES ASMATICOS que están en poder del estudiante y son administrados por ellos mismos. Esta sección es OPCIONAL para otros medicamentos

- Instrucciones a seguir en caso de que el medicamento no produzca el alivio deseado _____
- Por favor liste los posibles efectos colaterales para un **estudiante que no tiene una medicación pre-escrita**, como él/ella debería de recibir la dosis: _____

Firma del Médico Autorizado Nombre Impreso

Fecha Número de Teléfono

Para ser completado por el PADRE/REPRESENTANTE LEGAL

Doy permiso para que el director o su designado administren la medicación pre-escrita arriba a mi hijo y además estoy de acuerdo con lo siguiente:

1. Presentar al personal de la escuela una declaración revisada y firmada por el prescriptor autorizado arriba, cuando cualquier cambio en la declaración original ocurra.
2. Presentar al personal de la escuela una declaración escrita cuando la medicación haya sido discontinuada.
3. Conceder permiso a la enfermera de la escuela para hablar con el medico con respecto a temas de salud de mi hijo y tratamiento de mi hijo relacionados con la medicación y diagnostico arriba mencionado ya que es parte de sus necesidades educacionales y conductuales
4. Cooperar con el personal escolar para ayudar a mi hijo a cumplir con las instrucciones de administración de medicamentos.
5. Todos los medicamentos deben venir a la escuela en el contenedor original de la farmacia.

Para INHALADORES Y BOMBAS DE INSULINA: En mi opinión mi hijo entiende el uso de este medicamento y demuestra la responsabilidad de una correcta administración y de poder llevarlo consigo. _____ Si _____ No _____

Firma del Padre/Representante Legal Fecha Teléfono durante el día