

Autorización para la administración de medicamentos en la escuela

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____

Escuela _____ Grado escolar _____

El medicamento ordenado es para dárselo al estudiante en la escuela solamente cuando sea absolutamente necesario.

**Esta porción será llenada por un Profesional con Licencia en Cuidados Médicos (LHCP)
(por ejemplo, MD, DO, ARNP, DDS, etc.)**

Diagnóstico (Diagnostic)	Medicamiento (Medication)	Dosis (Dosage)	Ruta (Route)	Tiempo/intervalo de condición/síntoma (Time/Condition interval/symptom)	Lo porta y aplica* (Self- portable)	Efectos secundarios (Side effects)
					Sí No	
					Sí No	
					Sí No	
					Sí No	
					Sí No	
					Sí No	
					Sí No	

***Si marca "sí" en "Lo porta y aplica" indica que el LHCP le ha dado instrucciones del propósito, método y frecuencia adecuadas de su uso, y que el estudiante es capaz y seguro de portarlo y administrárselo.**

Solicito y autorizo que el estudiante mencionado arriba reciba los medicamentos indicados de acuerdo con las instrucciones señaladas a partir del ___/___/___ y sin exceder el año escolar en curso o la fecha de ___/___/___.

Firma de LCHP: _____ Fecha: _____

Nombre de LCHP: _____ Número telefónico: (____) _____

Dirección de LCHP: _____ Número de fax: (____) _____

**SECTION CAN ONLY BE COMPLETED BY A HEALTH CARE PROVIDER WITH PRESCRIPTIVE AUTHORITY
ESTA SECCIÓN PUEDE SER SOLAMENTE COMPLETADA POR UN PROFESIONAL DE LA SALUD CON AUTORIDAD PARA RECETAR**

Permiso para padres/tutores

El medicamento que voy a proporcionar está en su frasco original, etiquetado por la farmacia con el nombre del medicamento, la cantidad a tomarse y la hora del día para aplicarse. El nombre del profesional con licencia en cuidados médicos se encuentra en la etiqueta. Si queda medicamento después del curso del tratamiento, recogeré dicho medicamento de la escuela o entiendo que será destruido.

Firma de los padres/tutores: _____ Fecha: _____

Firma del estudiante (Self-Carrying-que lo portará y aplicará): _____ Fecha: _____

Firma de la enfermera: _____ Fecha: _____

EDMONDS SCHOOL DISTRICT NO. 15
LYNNWOOD, WA 98036-7400
Educational Health Services

Administración de medicamentos en la escuela

Los medicamentos deberán ser proporcionados en la escuela solamente cuando sea necesario. Si el estudiante debe recibir medicamento oral o tópico con receta o sin receta médica, gotas para los ojos, gotas para oídos, medicamentos nasales premezclados con atomizador durante las horas de la escuela o cuando el estudiante esté bajo supervisión de los oficiales de la escuela, el director y la enfermera de la escuela designarán y entrenarán personal para dispensar dichos medicamentos. El medicamento que se entregue a la escuela deberá tener una orden por escrito firmada por un profesional de cuidados de la salud (LHCP) que trabaje dentro del campo prescrito y contenga la firma de los padres o tutores. El medicamento deberá estar contenido en su envase original y adecuadamente etiquetado. Esto incluye también a los medicamentos sin receta médica. Edmonds School District #15 no acepta ninguna responsabilidad por alguna reacción adversa cuando el medicamento sea dispensado según las indicaciones de la orden del LHCP. Cuando sea posible, se les apremia a los padres/tutores y LCHIP de formular un calendario para aplicar el medicamento afuera de las horas escolares. Se recomienda que los estudiantes del kínder (K) al 6to grado no porten o se auto-apliquen el medicamento.

ESTA PORCIÓN DEBERÁ SER LLENADA POR LOS PADRES O TUTORES

Yo el padre o tutor entiendo que:

- Cuando sea informado por el personal de la escuela de que ha sobrado medicamento después del curso del tratamiento, yo iré a recogerlo de la escuela o entiendo que si no será destruido.
- Edmonds School District # 15 no asume ninguna responsabilidad por medicamentos que sean auto-portados y auto-aplicados (en inglés como self-carried).
- En el evento de que surja un evento de seguridad, la enfermera escolar tiene el derecho de avisar a los padres/tutores/estudiante y discontinuar el privilegio de la auto-medicación. El plan de salud será modificado para reflejar las necesidades vigentes.
- Proporcionaré el medicamento en un envase adecuadamente etiquetado.
- Esta autorización es solamente válida por un año escolar con la excepción de los medicamentos auto-portados y auto-aplicados (self-carry).

Opcional: Al marcar este recuadro estoy dando mi consentimiento de regresar el medicamento no controlado a su casa con su estudiante.

Mi firma abajo indica que he leído y entendido y me apegaré a la política de medicamentos

Firma de padres/tutores: _____ Fecha: _____

Firma de estudiante (Self-Carrying-que lo portará y aplicará): _____ Fecha: _____