

Autorización para la administración de medicamentos por parte del personal escolar

Completar y devolver a la escuela

Para el/la Director/a de _____
Nombre de la escuela
 Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____ Maestro/a: _____

Autorizo al personal escolar a administrar medicamentos a mi hijo/a de la siguiente manera (Completar todas las secciones subrayadas):

<p><u>Nombre del medicamento:</u></p> <p><u>Dosis</u> (cantidad recetada, por ej. 5 mg., no 1 pastilla)</p> <p><i>Las pastillas que requieran ser cortadas deben ser cortadas por el padre/madre antes de llevarlas a la escuela. Los medicamentos líquidos requieren cucharas dosificadoras, disponibles en su farmacia, que deben ser provistas por el padre/madre.</i></p> <p><u>Vía:</u> (Marcar sólo una opción): Por: Boca Oído Ojos Nariz Piel Inhalación</p> <p><u>Horario del día para ser administrado por la escuela</u> (por ej. 11 a.m., no medio día)</p> <p><u>Duración:</u> Fecha de inicio _____ fecha de finalización _____</p> <p><u>Motivo del medicamento:</u></p> <p>Instrucciones especiales:</p> <p><input type="checkbox"/> Permitir a mi hijo/a que se auto-administre este medicamento. Referirse a la política del distrito para la auto-medicación). <i>Se requiere un formulario de acuerdo de auto-medicación firmado por el padre/madre, el administrador de la escuela, y si es un medicamento con receta, el consentimiento del médico¹. (Ver a continuación)</i></p>	<p><u>Marque una casilla:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Medicamento con receta Se requieren las instrucciones del médico (ver a continuación¹)</p> <p><input type="checkbox"/> Medicamento sin receta</p> <p>TODOS LOS MEDICAMENTOS DEBEN ESTAR EN SU ENVASE ORIGINAL SIN USO CON LA ETIQUETA CORRECTA.</p> <p>LOS MEDICAMENTOS CON RECETA DEBEN ESTAR RECETADOS POR MÉDICOS CON LICENCIA DE OREGON.¹</p> <p><input type="checkbox"/> Otro (Describir)</p>
--	--

Comprendo que: Soy responsable de proveer este medicamento y mantener el suministro tanto como sea necesario; **notificar a la escuela** por escrito sobre cualquier cambio en el medicamento o la persona que lo receta; **buscar** todo medicamento no utilizado hasta el último día de clases (o será desechado); esta autorización es **válida por no más de un año** a partir de esta fecha y se aplica únicamente a los medicamentos indicados más arriba; la presente **autoriza un intercambio de información**, según sea necesario, entre el enfermero escolar, el personal escolar apropiado y/o el proveedor de atención de la salud de mi hijo/a.

Firma del padre/madre/tutor: _____ **Fecha:** _____

INDICACIÓN DEL MÉDICO CON LICENCIA DE OREGON¹

- He recetado los medicamentos arriba mencionados para el estudiante cuyo nombre aparece en la parte superior del presente formulario. Las instrucciones en la casilla son exactas.
- Permitir a este estudiante que lleve consigo y se auto-administre este medicamento. (Debe estar permitido conforme la política del distrito escolar. El estudiante debe ser capaz en cuanto a su desarrollo y comportamiento para auto-administrarse.)
- Se requieren instrucciones especiales incluyendo reacciones adversas y acción a tomar: _____

_____ Nombre del médico con licencia de Oregon ¹ (escribir en letra de molde/sellar)	_____ Domicilio
_____ Firma del médico con licencia de Oregon ¹	_____ No. de teléfono
	_____ Fecha efectiva

¹ **Requerido por escrito o en la etiqueta de la farmacia para todos los medicamentos recetados conforme OAR 581-021-0037**