

**DISTRITO ESCOLAR UNIDO DE CAMPBELL**  
**ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA**

Este formulario debe ser llenado por un proveedor de servicios médicos autorizado y el padre/tutor del estudiante. Este permiso debe ser renovado al inicio de cada año escolar y siempre que haya un cambio en la dosis del medicamento del estudiante o en el plan para administrar medicamentos. Los estudiantes que tienen que traer consigo el medicamento y auto-administrarlo, deben tener el siguiente formulario archivado en las oficinas escolares junto con ésta autorización: "Permiso para portar y auto-administrar medicamentos en el plantel escolar". El padre/tutor puede dar por terminado su consentimiento para la administración de medicamentos en cualquier momento, a través de un aviso por escrito al director de la escuela.

Estudiante: \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Maestro \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

Trabajo: \_\_\_\_\_ tel. de día: \_\_\_\_\_ tel. casa: \_\_\_\_\_

**PARA SER LLENADO POR UN MEDICO:**

Medicamento:	Formulario	Ruta
Dosis y concentracion que debe ser administrada:	Motivo por el que se administra el medicamento:	
Medicación diaria: hora(s) en que debe ser administrada en la escuela		
Medicamentos <u>PRN</u> (como se requiera): Describir cuándo administrarlos:		
¿Qué tan rápido se puede repetir la dosis?	Fecha en que se inicia:	Fecha en que se termina:
Mencione efectos secundarios significativos y cualquier información adicional/instrucciones para el personal de la escuela:		

Es necesario que este medicamento sea tomado durante el día escolar a la hora(s) arriba indicada. El medicamento puede ser administrado por el personal de la escuela designado.

Nombre del proveedor de servicios médicos: \_\_\_\_\_ Licencia Núm. \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Firma del proveedor de servicios médicos: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**PARA SER LLENADO POR EL PADRE/TUTOR**

Estoy de acuerdo y entiendo con las siguientes responsabilidades de padre/tutor en relación a la administración de medicamentos:

- Proporcionar autorización por escrito de mi proveedor de servicios médicos para administrar medicamentos.
- Asumir la responsabilidad de entregar el medicamento de mi niño, en su envase original y con la etiqueta apropiada a la oficina de la escuela (los medicamentos que no tengan etiquetas o que no estén en su envase original no se administrarán).
- Informar al personal de la escuela de cualquier cambio en la receta-plan de los medicamentos administrados a mi niño/a, y proporcionar anualmente autorizaciones actualizadas o como lo requiera el mismo en la receta médica.
- Proporcionar al personal de la escuela, si es necesario, las pastillas/píldoras separadas en la dosis adecuada, y proporcionar los instrumentos de medición apropiados para medir la dosis exacta (ejemplo: cuchara medidora para el medicamento en forma líquida).
- Recoger todos los medicamentos que no se hayan utilizado al final del año escolar.

Autorizo al personal de la escuela para que administre a mi niño/a el medicamento arriba indicado como lo ordena el proveedor de servicios médicos autorizado arriba mencionado. Otorgo permiso para que la enfermera de la escuela, empleado de la escuela designado, o funcionario administrativo del plantel, se comunique con el proveedor de servicios médicos y/o el farmacólogo en relación a la receta escrita por el profesional de servicios médicos, o para cualquier otra pregunta en relación con la administración del medicamento. Asimismo, entiendo que la enfermera de la escuela puede asesorar al personal de la escuela en relación a los posibles efectos secundarios del medicamento.

Firma Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_