

Autorización para la administración de medicamentos

El medicamento debe enviarse a casa al final del año (encierre en un círculo el método preferido):

1. A casa con el estudiante. 2. El padre lo recoge 3. Desechar el medicamento

Fecha: _____
Nombre del estudiante: _____ ID _____ Fecha de nacimiento: _____
Escuela: _____ Grado: _____ Maestro: _____ Género: Hombre ___ Mujer ___
Tel. de casa/celular _____ Tel. en caso de emergencia: _____
Nombre del medicamento: _____
Dosis (incluyendo vía de administración) _____
Hora programada que ha de darse: _____ o PRN: (cuando sea necesario) se dará por instrucciones de la etiqueta.
Diagnóstico para el cual se prescribe el medicamento: _____
No administrar después de la fecha siguiente: _____ o <u>al final del calendario de año escolar actual</u>
Autorizo al médico nombrado a continuación, a liberar información al Departamento de servicios de salud de PfISD sobre el medicamento que mi hijo consumirá durante el horario escolar. Solicito que el personal designado del distrito escolar anteriormente citado, administre el medicamento a mi hijo, mencionado anteriormente, según las instrucciones escritas del médico, y autorizo a la enfermera de la escuela intercambiar información con el médico o su representante autorizado en cuanto a los medicamentos y temas de salud relacionados. Entiendo que es mi responsabilidad como padre o tutor, el proporcionar un suministro adecuado de este medicamento en su envase original y debidamente etiquetado. Tengo entendido que personal del distrito escolar protegerá a mi hijo al no administrar el medicamento si este formulario no está completo, no está completa la autorización del médico o el medicamento recetado no se proporciona.
Nombre del padre o tutor: _____ Firma del padre o tutor: _____
<u>Si el medicamento debe ser administrado por más de 10 días consecutivos, un médico debe completar y firmar a continuación. *****</u>
Diagnóstico para el cual se prescribe el medicamento: _____
Si utiliza el inhalador para ataque de asma y no responde al tratamiento-puede repetir en un intervalo de: ___ _____ dosis _____ (Sírvase proporcionar plan de acción para asma)
Efectos secundarios: _____
Firma del médico: _____ Fecha: _____
Nombre del médico: _____
Dirección del consultorio médico: _____
Teléfono del médico: _____ Fax: _____

Received by: _____ Date: _____