



Received On _____
Received By _____

Updated 6/2018

Solicitud de los padres/médicos para la administración de medicamentos por el personal de la escuela

Escuela: _____ Maestro(a)/Grado: _____

Nombre del estudiante: _____

Nº de estudiante: _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

Medicamento: _____ Fecha de caducidad: _____ Dosis: _____

Vía de administración: oral inhalado tópico ojos oídos nasal inyección (marque uno: IM SQ IV) rectal GT/JT

Tiempo de administración: _____ Fechas _____ de _____
administración: _____ hasta la fecha _____ 0 Todo el año escolar

Condición para la cual se requiere el medicamento: _____

¿Ha tomado su hijo este medicamento antes? SÍ NO *Todas las primeras dosis de medicamentos deben administrarse en casa.*

Alergias a medicamentos: Alergias a medicamentos no conocidas Alérgico a: _____

Instrucciones especiales o efectos secundarios conocidos de los medicamentos: _____

Por favor indique cómo desea que el medicamento sea devuelto a su casa:

- Envíe a casa en la mochila de mi hijo*
- * Las sustancias controladas (tales como Ritalin, sales de anfetamina, etc.) y Epi-pens deben ser transportadas por un padre/tutor y no se entregarán a los estudiantes.*
- Los padres/tutores recogerán los medicamentos de la clínica.
- No devuelva el medicamento, por favor deseche cualquier dosis restante.

Mi firma a continuación indica lo siguiente: 1) Solicito que el personal de PfISD administre la medicación especificada anteriormente a mi hijo, y doy permiso para que el personal de PfISD se comunique con el médico para obtener información adicional, si es necesario, y 2) He leído la política de medicación en línea ubicada en la página de Servicios de Salud de PfISD y estoy de acuerdo en cumplir con todas las políticas.

Firma del padre o tutor legal: _____ **Fecha:** _____

Teléfono principal de los padres: (____)- _____ **Correo electrónico:** _____

Nombre del médico: _____ **Tel.:** (_____) _____ - _____

**Se requiere la firma de un médico para administrar medicamentos de venta libre para más de 10 dosis. Los medicamentos con una etiqueta de farmacia impresa para el estudiante NO requieren la firma del médico a continuación.*

***Firma del médico:** _____ **Fecha:** _____

FOR OFFICE USE ONLY!

Entered in Focus

Teacher Notified ____ / ____

Prescription Medication Count:

Date	# Pills	Counter's Signature	Witness Initials	Date	# Pills	Counter's Signature	Witness Initials

Off-line documentation

Date	Time	Reason	Nurse Signature

Reason codes:
 COM= Computer downtime SUB= Substitute nurse STU= Student nurse
 UAP= (Authorized) Unlicensed Assistive Personnel OTH=Other

Medication returned to: Parent / Student _____ Date _____
Parent/Student Signature