



AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTO
(Para medicamentos que no son para el Asma)

Muchos niños pueden atender a la escuela debido a la eficacia de los medicamentos en el tratamiento de varias discapacidades crónicas y enfermedades a largo o corto plazo. Si es posible, todos los medicamentos deben administrarse en el hogar. Sin embargo si el médico de su niño decide que es necesario que su niño reciba un medicamento durante el día escolar, la aprobación y direcciones específicas se deben proporcionar a la escuela. Se recomienda que la primera dosis del medicamento se debe administrar en el hogar. Nota: Una forma por separado se necesita para cada medicamento y una forma nueva debe llenarse por cada cambio en la dosis, tiempo o método de administración. La forma de "Autorización para Administrar Medicamento" es valida por el año escolar actual solamente.

Para que el medicamento sea administrado con seguridad en la escuela cada artículo en esta forma debe ser llenado.

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____
(Student's Name) (DOB)
Año Escolar _____ Maestro (a) _____ Grado Escolar _____
(School Year) (Teacher) (Grade)

Physician's Statement

- 1. I have examined this student for (diagnosis) _____ on (date) _____ and have determined that he/she requires medication during school hours.
- 2. **Name of medication** _____ **Dose** _____
Route _____ **Time of administration** _____ **Duration** _____
- 3. In the event the morning dose is not given at home, the following may be administered on a PRN basis: _____
- 4. Side effects that may be experienced _____
- 5. Please contact me if the following signs or symptoms appear _____

Physician's Name (print) Physician's Signature

Date Phone Number Office Fax Number

Medication Expiration Date: _____
For Office Use Only

DECLARACIÓN DEL PADRE/TUTOR

- 1. Yo/Nosotros, que firmamos abajo y soy/somos el padre (s)/tutor (es) del estudiante arriba nombrado pedimos por este medio que la enfermera de la escuela (o designado) administre y/o supervise la autoadministración del medicamento nombrado arriba de acuerdo con las instrucciones del médico.
- 2. Yo/Nosotros estamos de acuerdo en proporcionar el medicamento recetado en un envase correctamente etiquetado, proporcionar la medicación de reemplazo cuando sea necesario y notificar a la enfermera de la escuela inmediatamente si se cambia de médico o hay algún cambio en el medicamento recetado.
- 3. Yo/Nosotros autorizamos, según sea necesario, compartir información relacionada con la salud de mi niño entre la enfermera de la escuela (o el designado) y el médico nombrado en esta forma.

Nombre del Padre/Tutor (imprima) Firma del Padre/Tutor

Fecha Número de teléfono del hogar Número de teléfono del trabajo Número del teléfono celular

EL DISTRITO (INCLUYENDO SUS EMPLEADOS Y AGENTES) NO INCURRIRÁ NINGUNA RESPONSABILIDAD COMO RESULTADO DE ALGUNA LESIÓN QUE SE PRESENTE POR EL TRANSPORTE O AUTOADMINISTRACIÓN DEL MEDICAMENTO DEL ESTUDIANTE, Y EL PADRE/TUTOR INDEMNIZARÁ Y MANTENDRÁ SIN PREJUICIO AL DISTRITO (INCLUYENDO SUS EMPLEADOS Y AGENTES) CONTRA CUALQUIER DEMANDAS QUE SE PRESENTEN POR EL TRANSPORTE Y AUTOADMINISTRACIÓN DEL MEDICAMENTO.