



Esta solicitud es válida solo para el año escolar (actual) _____ incluido el periodo de verano.

Escuela: _____

Este formulario debe rellenarse completamente para que las escuelas puedan administrar la medicación solicitada. Se deberá rellenar un nuevo formulario de administración de medicamentos al comenzar cada año escolar y cada vez que haya un cambio en la dosis, en el horario o en la frecuencia de la administración de la medicación.

- * Los medicamentos recetados deben estar en un envase etiquetado por el farmacéutico o por quien lo recete.
- * Los medicamentos de venta libre deben estar en su envase original con la etiqueta intacta.
- * Los medicamentos deben ser traídos a la escuela por un adulto.
- * El/La enfermera/o registrada/o de la escuela (RN, *Registered Nurse*) llamará a quien haya recetado la medicación si surge alguna duda sobre el menor o sobre la medicación del menor.

Autorización de quien receta

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado o curso: _____

Condición por la cual se administra la medicación: _____

Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Vía: _____

Horario/frecuencia de administración: _____ Frecuencia si se administra a demanda: _____

Si se administra a demanda, por qué síntomas se administra: _____

Efectos secundarios relevantes: No se espera ninguno Especifique: _____

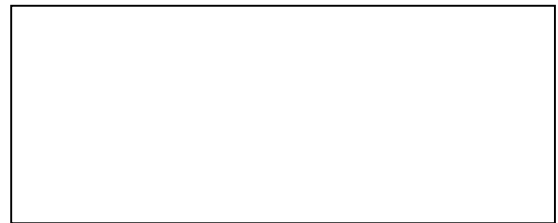
La medicación debe ser administrada desde: _____ hasta _____
Mes / Día / Año Mes / Día / Año

Nombre/título de quien receta: _____
(Escriba a máquina o en letra de imprenta)

Teléfono: _____ Fax: _____

Domicilio: _____

Firma de quien receta: _____ Fecha: _____
(SOLO firma original o sello de la firma)



(Utilice para el sello del domicilio de quien receta)

El/la RN de la escuela recibió una solicitud verbal (nombre): _____ para la medicación mencionada el (Fecha): _____

AUTORIZACIÓN DEL PADRE, MADRE O TUTOR

Yo/nosotros solicitamos que el personal de la escuela designado administre la medicación según lo recetado por el profesional arriba mencionado. Yo/nosotros certificamos tener autoridad legal para consentir el tratamiento médico para el estudiante arriba mencionado, incluyendo la administración de la medicación en la escuela. Yo/nosotros comprendemos que al finalizar el año escolar, un adulto deberá recoger la medicación, de lo contrario, esta será desechada. Yo/nosotros autorizamos a la/el enfermero/a de la escuela a comunicarse con el profesional de salud según lo permitido por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA, *Health Insurance Portability and Accountability Act*).

Firma del padre, madre o tutor: _____ Fecha: _____

Número telefónico del hogar: _____ Número de teléfono celular: _____ Número de teléfono laboral: _____

AUTORIZACIÓN/APROBACIÓN PARA LLEVAR/ADMINISTRARSE POR SÍ MISMO MEDICAMENTOS DE EMERGENCIA

El llevar/administrarse por sí mismo/a la medicación de **emergencia** puede ser autorizado por quien receta la medicación y debe ser aprobado por la/el enfermero/a de la escuela de acuerdo con la política estatal de medicamentos.

Autorización de quien receta para llevar/administrarse por sí mismo/a la medicación de emergencia: _____

Firma

Fecha

Aprobación del/de la RN de la escuela para llevar/administrarse por sí mismo/a la medicación de emergencia: _____

Firma

Fecha

Solicitud revisada por el/la RN de la escuela: _____

Firma

Fecha