

Distrito de Escuelas Públicas del Área de Green Bay

Formulario de autorización para medicamentos



Este formulario debe usarse para un medicamento solamente. Cada medicamento requiere de un formulario por separado. Todas las partes del formulario para medicamentos deberán ser completadas antes de que el personal del Distrito pueda administrar el medicamento. El formulario deberá ser completado o será devuelto y no se le podrá dar el medicamento al estudiante.

Estudiante: _____ Escuela: _____

Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____ Nombre del medicamento: _____

Dosis: _____ veces que debe administrarse: 1. _____ 2. _____ 3. _____

Método: (favor de encerrar en un círculo) Oral Inhalado Nebulizador Inyectable Tópico Ojo Oído Otro: _____

Dar: (favor de encerrar en un círculo) Diariamente o Cuando sea necesario Fechas: Del: _____ al: _____

Si el medicamento va a administrarse según sea necesario, escriba para qué se utiliza este medicamento:

Comentarios:

Consentimiento del padre/apoderado legal: *Completar para TODOS los medicamentos/Procedimientos en la escuela*

- ▶ Solicito y autorizo que el personal de la escuela administre este medicamento o realice este procedimiento en la escuela.
- ▶ Proporcionaré el medicamento en su envase original, actualizado, debidamente etiquetado. (Puede solicitarse un frasco adicional a la farmacia)
- ▶ Si el medicamento es para un paseo, yo enviaré solo la cantidad necesaria para la duración del paseo/campamento.
- ▶ Esta autorización es para todo el año escolar a menos que se indique lo contrario.
- ▶ Obtendré la nueva receta del médico y notificaré a la escuela por escrito de cualquier cambio.
- ▶ Yo autorizo a la enfermera de la escuela para intercambiar información verbalmente o por escrito con el médico de mi hijo/a con respecto a este medicamento o procedimiento o condiciones para las cuales ha sido recetado.
- ▶ Entiendo que todos los medicamentos deberán ser transportados hacia y desde la escuela por el padre/apoderado legal.
- ▶ Entiendo que el personal de la escuela que no posee una licencia médica estará administrando los medicamento o procedimientos
- ▶ Estoy de acuerdo en mantener indemne al Distrito de Escuelas Públicas del Área de Green Bay, a sus empleados y agentes que actúan en el ámbito de sus funciones. En cualquiera y todos los reclamos derivados de la administración de este medicamento en la escuela.
- ▶ Mi firma indica que he leído completamente y he entendido la información anterior.

INHALADORES PARA EL ASMA: *Este estudiante es capaz de usar el inhalador por sí solo y puede llevarlo consigo.*

Encierre: *SI* o *NO*

ÚNICAMENTE EPI PENS

Este estudiante puede llevar consigo el epi-pen. Encierre en un círculo: SI o NO

Firma del padre/apoderado legal: _____ Fecha: _____

Número de tel. durante el día: _____

Physician Authorization: *Required for all Prescription Medication/Food Supplements/Over-the-Counter Medications that exceed the recommended packaging dose. Required for treatments or procedures needed to be done at school.*

ASTHMA INHALERS: This student is capable of self-administration and may carry inhaler: Circle: YES or NO

EPI PENS ONLY: Student may self-carry epi-pen. Circle YES or NO

The above medication is to be administered during the school day. I understand that medication/treatment will be given by non-medically licensed staff that has been trained to do such. Further written instruction will follow from me if the drug is to be discontinued or the dosage or administration time is changed from these instructions.

Symptoms/Side Effects of Medication:

Health Care Providers Signature (no stamp): _____ Date: _____

Name of Physician (Printed): _____

NPI Number: _____