

**AUTORIZACIÓN DEL PADRE/DEL QUE RECETA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA**

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE			
Nombre del estudiante _____		Fecha de nacimiento _____	
Escuela _____	Grado _____	Maestro _____	Año escolar _____
Anote todas las alergias/reacciones a medicamentos que sabe que tiene _____		Altura (pulgadas) _____	Peso (libras) _____

AUTORIZACIÓN DEL QUE RECETA			
Nombre del medicamento _____		Razón para tomarlo _____	
Dosis _____	Modo de empleo _____	Frecuencia/veces que se administra _____	
Iniciar el medicamento _____		Dejar de administrar el medicamento _____	
Fecha		Fecha	
<b>Instrucciones especiales:</b>			
¿Requiere refrigeración este medicamento? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
¿Es una sustancia controlada este medicamento? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
¿Se permite y se recomienda que este estudiante se autoadministre el medicamento? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Si sí, ¿recomienda que el estudiante mantenga consigo este medicamento? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Posibles efectos secundarios/contradicciones/reacciones adversas _____			
<b>Orden de tratamiento en caso de una reacción adversa:</b> _____			
<i>(Adjunte una hoja adicional o use el reverso de este formulario si es necesario)</i>			
<b>Por medio de la presente afirmo que se le han dado instrucciones a este estudiante sobre cómo autoadministrarse el(los) medicamento(s) recetado(s).</b>			
Firma del que receta _____		Fecha _____	Teléfono _____
			Fax _____

AUTORIZACIÓN DEL PADRE			
<p>Autorizo a la enfermera escolar, a la enfermera registrada (RN) o a la enfermera práctica con licencia (LPN) a delegar al personal escolar sin licencia la tarea de ayudar a mi hijo a tomar el medicamento anteriormente mencionado. Entiendo que se necesitarán declaraciones adicionales firmadas del padre/del que receta si la dosis del medicamento cambia. También autorizo a la enfermera escolar a hablar con el que receta o con el farmacéutico si surge alguna pregunta sobre el medicamento.</p> <p>El medicamento debe registrarse con el director, con la persona que él designe, o con la enfermera de la escuela. Debe estar en el recipiente original, todavía cerrado y sellado, y debe estar etiquetado con el nombre del estudiante, el nombre del que receta, el nombre del medicamento, la dosis, la potencia, los intervalos, el modo de administración y la fecha de caducación del medicamento, cuando corresponda.</p>			
Firma del padre _____		Fecha _____	Teléfono _____
			Celular _____

AUTORIZACIÓN PARA AUTOADMINISTRARSE MEDICAMENTOS			
<p>Autorizo y recomiendo que mi hijo(a) se autoadministre el medicamento anteriormente mencionado. También afirmo que se le han dado instrucciones sobre la manera apropiada de autoadministrarse el medicamento que le recetó el médico que lo(la) atendió. Indemnizaré y no haré responsables a la escuela, a los agentes de la escuela y a la junta educativa local por cualquier reclamación que pueda surgir relacionada con el hecho de que mi hijo/a se autoadministre el(los) medicamento(s) recetado(s).</p>			
Firma del padre _____		Fecha _____	Teléfono _____
			Celular _____