

Escuelas del condado de Newton
Autorización para Dar Medicamentos en la Escuela – Medicamentos PRN

Si el medicamento se puede administrar en casa o después del horario escolar, por favor hágalo. Sin embargo, si el medicamento debe ser administrado durante el horario escolar, este formulario debe ser completado. Por favor llene una página por cada medicamento.

Nombre del estudiante: _____

Maestro (a): _____ Grado: _____

Solicito que la escuela _____, a través del director, la enfermera o la persona designada, supervise/ayude en la administración de medicamentos a mi estudiante, de acuerdo con las instrucciones a continuación.

Entiendo que:

- Los medicamentos deben estar en el envase original etiquetado (sin bolsas, papel de aluminio, etc.). Los farmacéuticos pueden proporcionar un contenedor etiquetado por duplicado solo con las dosis escolares.
- El padre/tutor debe proporcionar instrucciones específicas, así como el medicamento y equipo relacionado al director o al personal de la clínica.
- Será responsabilidad del padre/tutor informar a la escuela de cualquier cambio. No se administrarán nuevos medicamentos ni nuevas dosis a menos que se llene un nuevo formulario y se proporcione un contenedor recién etiquetado.
- Todos los medicamentos serán entregados directamente a la oficina/clínica por los padres.
- Los medicamentos no utilizados se desecharán a menos que se recojan dentro de una semana después de que la medicación sea descontinuada.

Nombre del medicamento: _____

Dosis: _____ Vía (oral, tópica, etc.): _____

Horario(s) para Administrarse: _____ Suspender el Medicamento en esta Fecha: _____

Condición/Enfermedad que Requiere Medicamentos: _____

Posibles Efectos secundarios, si los hay: _____

Nombre del Médico: _____ Teléfono del Médico: _____

Se requiere la firma del médico para todos los medicamentos recetados _____

Por la presente autorizo al personal, empleados y funcionarios del Distrito Escolar del Condado de Newton para ayudar a mi estudiante a tomar los medicamentos recetados de acuerdo con la política del distrito y los libero de cualquier responsabilidad por la administración de este medicamento. Entiendo que, en caso de cambio de medicamento, yo soy responsable de presentar un nuevo formulario de solicitud.

Firma del padre/tutor legal

Fecha

Teléfono de casa _____ Teléfono de Trabajo _____ Teléfono celular _____