



Enfermera: 414-649-2825

Fax: 414-389-5118

Centro de Salud para Estudiantes Solicitud/Autorización de Medicamentos

Para ser completado por un padre/tutor:

Nombre del estudiante: _____ Padre/Tutor: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Idioma preferido: _____
 Grado/Clase: _____ Número de teléfono: _____

To be completed by the Medical Provider:

Name of medication: _____
 Reason for medication: _____ Dose and route: _____
 Times to be given at school/frequency: _____
 Possible adverse reactions/side effects:

 Actions to take if observed: _____

For PRN orders: Specific symptoms or conditions under which medication is to be given: _____

Medical Provider approval for students to carry/self-administer medication:

Medication allowed: Metered Dose Inhaler EPI-pen Other, list here: _____

Yes **No** This child has received adequate instruction about how and when to administer this medication and in my professional opinion is capable and responsible to self-administer it.

Yes **No** Due to the need for this child to have this medication immediately accessible, I recommend they be allowed to have this medication in their possession and to use it as prescribed.

Prescribing Medical Provider Name: _____

Address: _____

Phone: _____ **Fax:** _____

Signature of Prescribing Provider: _____ **Date:** ___/___/___

Yo, el padre/tutor legal del estudiante mencionado anteriormente, he leído, entiendo y estoy de acuerdo con las Responsabilidades y Normas para Medicamentos en la Escuela. Doy permiso para que el personal de la escuela administre los medicamentos enumerados anteriormente según autorizados por el proveedor médico. Autorizo a la enfermera escolar a comunicarse directamente con el proveedor para aclarar esta orden médica o reportar cualquier reacción adversa/efectos secundarios. Entiendo que puede ser necesario compartir la información en este formulario con otro personal de la escuela para asegurar la administración adecuada de este medicamento. Esta información también se puede compartir con el personal médico de emergencia en caso de que se requiera transporte a un centro médico.

Firma del Padre/Tutor: _____ **Fecha:** ___/___/___



Responsabilidades y Normas para Medicamentos en la Escuela

Para brindar la máxima seguridad a nuestros estudiantes y personal, se estableció una política de medicamentos para guiar al personal escolar y a los padres/tutores en la administración de medicamentos en la escuela. Estas pautas deben seguirse para cumplir con las leyes federales y estatales.

Cuando lo sea posible medicamentos deben administrarse en casa. Si se deben tomar medicamentos durante el día escolar, la enfermera escolar y/o el miembro del personal asignado, puede administrar medicamentos si se cumplen las siguientes condiciones:

- Un formulario de Solicitud/Autorización de Medicamentos debe ser completado y firmado por el proveedor médico, un padre/tutor y estar archivado en el Centro de Salud para Estudiantes antes que los estudiantes reciban cualquier medicamento.
- Para medicamentos de venta libre, el formulario de *Consentimiento para Medicamentos de Venta Libre en la Escuela* debe ser completado y firmado por un padre/tutor y archivado en el Centro de Salud para Estudiantes.
- Por motivos de seguridad, se espera padres/tutores transporten y entreguen los medicamentos al Centro de Salud para Estudiantes, o al personal de la oficina. **LOS ESTUDIANTES NO PUEDEN TRANSPORTAR NINGUN TIPO DE MEDICAMENTO A LA ESCUELA.**
- Los estudiantes no pueden llevar ni autoadministrarse ningún medicamento A MENOS QUE el proveedor médico que lo recetó lo indique en el formulario de Solicitud/Autorización de Medicamentos. Se espera que los estudiantes sean instruidos por su proveedor médico sobre el uso de estos medicamentos y se determine que son capaces de tomarlos de manera segura e independiente. Se requiere un nuevo formulario de Solicitud/Autorización de Medicamentos cada vez que un pedido de medicamentos cambie de alguna manera.
- Se requiere un nuevo formulario de Solicitud/Autorización de Medicamentos por escrito cada vez que una orden de medicamentos cambia de alguna manera.
- Es la responsabilidad de los padres/tutores de notificar al Centro de Salud para Estudiantes de cualquier cambio médico, si una orden es suspendida, o solicita terminación de medicamento en la escuela.
- Los padres/tutores son responsables de recoger el resto de los medicamentos al final del año escolar o se desecharan adecuadamente.
- **Los medicamentos deben proporcionarse en el envase original del fabricante o de la farmacia.** No se pueden usar bolsitas, sobres u otros envases que no sean originales para ningún medicamento. Si se necesitan medicamentos recetados en casa, pida un frasco separado debidamente etiquetado para la administración escolar.

Medicamentos Recetados	Medicamentos no Recetados (medicamentos de venta libre)
<ul style="list-style-type: none"> • Etiqueta de farmacia completa. • Recha de vencimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre del estudiante escrito en el recipiente • Etiqueta complete del fabricante • Fecha de vencimiento de la medicina.