

FORMULARIO ESCOLAR DE AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS

Información del estudiante			
Nombre		Fecha de nacimiento	
Escuela		Grado	
Nombre del padre		Teléfono del padre	

Para todos los padres/tutores:

1. Todos los medicamentos, incluidos los medicamentos recetados y de venta libre que deben administrarse durante la jornada escolar, solo se administrarán una vez que el **FORMULARIO ESCOLAR DE AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS** se haya completado y presentado en la oficina de salud.
2. **TODOS** los medicamentos recetados deben ser traídos a la escuela por el padre/tutor en el empaque original de la farmacia con la etiqueta de la receta legible e intacta, la cual incluye:
 - Nombre del estudiante
 - Número de receta
 - Nombre del medicamento/Dosificación
 - Vía de administración y/u otras indicaciones
 - Fecha(s) y hora(s) que se tomará
 - Nombre del prescriptor autorizado
 - Nombre, dirección y número de teléfono de la farmacia
3. **TODOS** los medicamentos *de venta libre* deben ser traídos a la escuela por el padre/tutor en el envase original cerrado con el nombre del estudiante escrito.
4. Los medicamentos se guardarán en la oficina de salud.
5. Los estudiantes tienen prohibido llevar consigo cualquier medicamento durante la jornada escolar a menos que el personal de salud de la escuela y el padre/tutor acuerden lo contrario.
6. El padre/tutor debe recoger los medicamentos no utilizados antes de que terminen las clases el último día del año escolar. La enfermera de la escuela desechará cualquier medicamento que no sea recogido por el padre/tutor.

Al firmar abajo, reconozco que soy el principal responsable de administrar medicamentos a mi hijo. Sin embargo, en caso de que yo no pueda hacerlo o en caso de una emergencia médica, por la presente autorizo al Distrito Escolar 308 de la Unidad Comunitaria y a sus empleados/agentes a administrar o intentar administrar a mi hijo (o permitir que mi hijo *se autoadministre* de conformidad con la ley estatal, mientras está bajo la supervisión de los empleados/agentes del Distrito) medicamentos recetados legalmente según lo indicado por su proveedor de atención médica en la página siguiente. Esto incluye la administración de inyectores de epinefrina, antagonistas opioides o medicamentos para el asma no designados a mi hijo cuando se cree de buena fe que mi hijo está teniendo una reacción anafiláctica, una sobredosis de opioides o un episodio de asma, independientemente de si yo conozco dichas reacciones o no, y si corresponde, glucagón no designado cuando lo autorice el plan de tratamiento de la diabetes de mi hijo y si el glucagón de mi hijo no está disponible en la escuela o ha caducado. Reconozco que puede ser necesario que la administración de medicamentos a mi hijo sea realizada por una persona que no sea la enfermera de la escuela y doy mi consentimiento específico para tales prácticas. Acepto exonerar de responsabilidad al Distrito Escolar 308 de la Unidad Comunitaria y a sus empleados y agentes frente a cualquier reclamo, excepto un reclamo basado en una conducta deliberada e inmoral, que surja de la administración del medicamento o de la autoadministración del medicamento por parte del niño.

Nombre del padre/tutor en letra de imprenta _____ Firma del padre/tutor _____ Fecha _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Enter each medication in a separate box below. Use additional forms as necessary.

To be completed by student's physician, physician assistant, or advanced practice RN with prescriptive authority

Licensed prescriber's order for medication			
Medication name and purpose		Dosage /frequency	
Diagnosis			
Start/end date	<input type="checkbox"/> Use school start/end dates		
Prescriber signature:		Date	
Prescriber name:		Prescriber address:	

Licensed prescriber's order for medication			
Medication name and purpose		Dosage /frequency	
Diagnosis			
Start/end date	<input type="checkbox"/> Use school start/end dates		
Prescriber signature:		Date	
Prescriber name:		Prescriber address:	

Licensed prescriber's order for medication			
Medication name and purpose		Dosage /frequency	
Diagnosis			
Start/end date	<input type="checkbox"/> Use school start/end dates		
Prescriber signature:		Date	
Prescriber name:		Prescriber address:	

I hereby authorize that the following student _____ shall be allowed to self-carry his/her epinephrine auto injector or rescue inhaler or other medication to be used as needed during the school day as indicated in their individual Asthma Action Plan, Allergy Action Plan, or 504 Plan.

Physician signature Date

Parent signature Date