

ESTUDIANTES

09.2241 AP.21

**Formulario de permiso para medicamentos recetados o de venta libre**

**DEBE SER COMPLETADO POR EL PERSONAL DE LA ESCUELA**

Escuela: \_\_\_\_\_ Fecha de recepción del formulario: \_\_\_\_\_

Yo/nosotros confirmamos el recibo de la Declaración del proveedor de atención de salud y/o la Autorización del padre/madre.

Firma: \_\_\_\_\_

**Nombre del estudiante:** \_\_\_\_\_ **Edad del estudiante:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Grado:** \_\_\_\_\_ **Salón/Aula:** \_\_\_\_\_

**DEBE SER COMPLETADO POR EL PADRE/MADRE/TUTOR**

Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

Motivo para el medicamento: \_\_\_\_\_

ALERGIAS: \_\_\_\_\_

Cualquier OTRA afección(es) \_\_\_\_\_

Forma del medicamento/tratamiento:

Comprimido/cápsula  Líquida  Inhalador  Inyección  Nebulizador  Otra \_\_\_\_\_

**Instrucciones** (Horario y dosis a administrar en la escuela): \_\_\_\_\_

Inicio:  Fecha de recepción del formulario  Otro, según especificado: \_\_\_\_\_

Parada:  Fin del año escolar  Otra fecha/duración: \_\_\_\_\_

**Solamente para eventos episódicos/de emergencia**

**Restricciones y/o efectos importantes:**  No tiene restricciones

Sí. Por favor describa: \_\_\_\_\_

**Requisitos especiales de almacenamiento:**  Ninguno  Refrigerar  Otra \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor de atención médica \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

Doy permiso a \_\_\_\_\_ para recibir el medicamento(s) indicado anteriormente en la escuela  
**Nombre del estudiante**

de acuerdo con la política escolar estándar y expresamente libero y descargo de responsabilidad y renuncio a cualquier indemnización en nombre de, la escuela o sus empleados y agentes respecto a lesiones o reacciones resultantes de la administración del medicamento indicado arriba, a menos que sea el resultado de la negligencia o conducta indebida en nombre de la escuela o sus empleados. Para los medicamentos de uso permanente, entiendo que tengo la responsabilidad última de entregar a la escuela un suministro suficiente de medicamentos para que se puedan seguir las órdenes del médico o proveedor de atención de salud.

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Firma:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_

**Teléfono de casa:** \_\_\_\_\_ **Teléfono del trabajo:** \_\_\_\_\_

**Teléfono de emergencia:** \_\_\_\_\_

ESTUDIANTES

09.2241 AP.21  
(CONTINUACIÓN)

**Formulario de permiso para medicamentos recetados o de venta libre**

**ÓRDENES DEL MÉDICO O PROVEEDOR DE ATENCIÓN DE SALUD AUTORIZADO**

**Para autoadministrarse el medicamento**

Este estudiante es capaz, responsable y ha demostrado que puede autoadministrarse el medicamento anterior

Sí - Sin supervisión     Sí – Supervisado     No Este estudiante no debe llevar consigo el medicamento

Este estudiante puede llevar consigo el medicamento:  Sí     No

Atención: La enfermera/o también delegará y enseñará a personal escolar no autorizado a dar un medicamento de emergencia.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Médico o proveedor autorizado: Solo valido para el año escolar actual**

**Para medicamentos de venta libre a darse más de 3 días seguidos**

\*\*Los medicamentos de venta libre solo pueden darse más de tres (3) días consecutivos con la orden directa del proveedor de atención de salud\*\*

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Médico o proveedor autorizado: Solo valido para el año escolar actual**

El Distrito podrá usar un formulario electrónico sustancialmente equivalente en lugar de este formulario en papel.

Revisado/Modificado: 7/27/2021