

Escuelas Públicas del Condado (JCPS)
Año escolar: _____
Autorización para dar medicamentos recetados

Estimado padre/tutor legal:

Este formulario está relacionado con los **medicamentos recetados** administrados durante el día escolar. Todos **los medicamentos deben administrarse en la casa cuando sea posible**. Sin embargo, si se administran en la escuela, es muy probable que el medicamento sea administrado por personal capacitado sin licencia de JCPS. Para que el personal de la escuela administre cualquier tipo de medicamento a su hijo, **debemos tener esta autorización firmada en el archivo**. Como recordatorio, **la primera dosis de cualquier medicamento nuevo no debe administrarse en la escuela**. También, **antes de enviar cualquier medicamento(s) a la escuela, por favor lea y siga las instrucciones a continuación**.

- **Toda** la información a continuación debe completarse antes de devolverla a la escuela.
- Un **formulario de autorización para dar medicamentos recetados** debe completarse para cada medicamento que se administre en la escuela.
- El medicamento debe enviarse a la escuela en su **envase original**, con la etiqueta de la receta adjunta. **LA ETIQUETA DE LA RECETA DEBE ESPECIFICAR EL TIEMPO EXACTO EN QUE DEBE ADMINISTRARSE EL MEDICAMENTO.**
- Los padres/tutores legales deben llevar los medicamentos a la escuela y se contarán con un miembro capacitado del personal de JCPS. Si usted no puede llevar personalmente el medicamento a la escuela, debe enviarlo en un sobre sellado con el nombre del estudiante escrito en el exterior y se debe hacer una llamada de seguimiento al personal de la oficina de la escuela para informarles que su hijo va a traer sus medicamentos y confirmar número de pastillas. El personal de la escuela tendrá a otro miembro del personal de la escuela de JCPS como testigo de la llamada y del número de píldoras anotadas en el Registro de Administración de Medicamento (MAR, por sus siglas en inglés). Si el sobre está abierto, **NO** se debe dar ningún medicamento y el padre debe ir a la escuela y confirmar el medicamento y el número de píldoras. Si el medicamento se envía a la escuela en un sobre, **el padre acepta toda la responsabilidad mientras el medicamento está en tránsito de la casa a la escuela**.
- Al final del año escolar, se le pedirá que recoja cualquier medicamento no utilizado. Si el medicamento no se recoge según lo solicitado, el personal de la escuela y/o enfermeras del distrito y un testigo desecharán los medicamentos adecuadamente.
- El medicamento puede administrarse 30 minutos antes o 30 minutos después de la hora en que se debe administrar el medicamento.
- Si se suspende un medicamento antes de la fecha de suspensión indicada en este formulario, usted debe enviar una nota a la escuela para informarles.
- Este/Estos formulario(s) caduca(n) al final del año escolar; sin embargo, cuando cambien los medicamentos, los horarios o las dosis, se le solicitará que complete otra **Autorización para dar medicamentos recetados**.

Atentamente,

Director/a

Escuelas Públicas del Condado Jefferson County (JCPS)

Año escolar: _____

Autorización para dar medicamentos recetados

Estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Escuela: _____ Año escolar _____:

Por la presente solicito al personal de las escuelas públicas del Condado de Jefferson que administre al estudiante arriba mencionado el medicamento que ha sido prescrito por _____.

Fecha de la última visita a la oficina: _____

Nº de teléfono del proveedor de atención médica: _____ Nº de fax. _____

Dirección del proveedor de atención médica: _____

Fecha de inicio de la medicación: _____ Fecha de finalización de la medicación: _____

Razón por la cual se necesita la medicación: _____

Reacciones/efectos secundarios: _____ Alergias: _____

Instrucciones para dar a mi hijo este medicamento (éstas deben coincidir con la etiqueta de la receta):

1. Nombre del medicamento: _____

2. Dosis a administrarse: _____

3. **Hora específica de la dosis** (es decir: 8:00am, 1:00pm, etc.): _____

4. Vía de administración (es decir: boca, nariz, ojos, oídos): _____

5. Instrucciones especiales (es decir: tomar con el estómago vacío, aplastar, espolvorear): _____

Por la presente reconozco que si este medicamento no es auto-administrado, lo más probable es que lo administre personal capacitado y sin licencia de JCPS. Reconozco y acepto que cuando autorizo a mi hijo a asistir a una excursión patrocinada por la escuela este medicamento también puede ser administrado por un voluntario con licencia. Al firmar este formulario el padre/tutor legal reconoce que la Junta de Educación del Condado de Jefferson, sus empleados y agentes no incurrirán en ninguna responsabilidad como resultado de cualquier lesión sufrida por el estudiante por cualquier reacción por cualquier medicamento, a menos que la lesión sea el resultado de negligencia o mala conducta de parte de la escuela o sus empleados. El padre/tutor legal no tendrá en cuenta a la escuela y a sus empleados contra cualquier reclamo por cualquier reacción a cualquier medicamento o la administración de tal medicamento a menos que la reacción se deba a negligencia o mala conducta de parte de la escuela o sus empleados. También, por la presente doy mi permiso al proveedor de atención médica a completar y firmar este formulario para verificar esta información con JCPS y consultar con el personal de JCPS con respecto a esta información

Nombre impreso del padre/tutor legal

Firma del padre/tutor legal

Nº de teléfono

Fecha

Contacto de emergencia

Relación

Nº de teléfono

Igualdad de oportunidades/empleador de acción afirmativa que ofrece igualdad de oportunidades educativas

REV 4/2018