

**ESCUELAS DE LA CIUDAD DE ENTERPRISE**  
**AUTORIZACIÓN ESCOLAR DE MÉDICOS/PADRES PARA MEDICAMENTOS**

Año Escolar: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE**

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_ Maestro(a): \_\_\_\_\_  
 No alergias conocidas a medicamentos -- Si hay alergias, anote: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_ Libras

**AUTORIZACIÓN MÉDICA** (Debe ser completado por un proveedor de salud licenciado)

Nombre del Medicamento \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Modo \_\_\_\_\_  
Frecuencia con que debe tomarlo \_\_\_\_\_ Fecha de Inicio \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha Final \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Razón por la cual toma el medicamento: \_\_\_\_\_  
Efectos Secundarios Potenciales/Contraindicaciones/Reacciones Adversas \_\_\_\_\_  
Tratamiento a seguir en caso de reacción adversa: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES ESPECIALES**

¿Es este medicamento considerado como sustancia controlada? Si  No   
¿Está permitido y recomendado que el estudiante se auto-medique? Si  No   
Si la respuesta es "Si"; por la presente afirmo, que este estudiante ha recibido instrucciones sobre la manera adecuada de autoadministración de la medicación recetada.  
¿Recomienda que el estudiante mantenga los medicamentos consigo mismo? Si  No

Nombre del proveedor licenciado de salud médica: \_\_\_\_\_ Tel.: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ # Fax( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Firma del proveedor licenciado de salud médica: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES**

Yo autorizo a la enfermera de la escuela, enfermera registrada (RN) o enfermera con licencia de practica (LPN) a administrar y/o delegar al personal de la escuela sin licencia médica, la tarea de asistir a mi hijo(a) en el suministro del medicamento mencionado arriba. Entiendo que documentos adicionales firmados por padres de familia o personal médico serán necesarios si la dosis cambia. También autorizo a la enfermera de la escuela a que hable con el prescriptor del medicamento o farmacéuta en caso de tener preguntas relacionadas al medicamento.

**Medicamentos Recetados** deben ser registrados con la enfermera de la escuela o con asistentes de medicina autorizados. Medicación recetada debe contener la etiqueta correcta con el nombre del estudiante, el nombre del prescriptor del medicamento, nombre del medicamento, dosis, frecuencia, vía de administración y la fecha de expiración si es aplicable.

**Medicamentos sin Receta Médica** deben ser registrados con la enfermera de la escuela o asistentes de medicina autorizado. Medicamentos sin Receta Médica deben estar en sus envases originales, cerrados y sellados. Reglas de la Agencia Local de Educación para los medicamentos sin receta médica deben ser seguidos:

Firma del Padre de Familia o Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tel.: ( ) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN DE AUTOADMINISTRACIÓN**

(Para ser completado SOLAMENTE si el estudiante tiene autorización médica para su cuidado de salud personal)

Yo autorizo y recomiendo autoadministración por mi hijo(a) de la medicina ya mencionada. También afirmo que el(ella) ha recibido instrucción en la manera correcta de autoadministrar la medicina recetada por su médico. Yo exonero y relevo de responsabilidad a la escuela, personal de la escuela y la junta de educación local de toda reclamación que puede resultar por el automedicamento de mi hijo(a) de medicamentos recetados por un proveedor licenciado de salud médica.

Firma del Padre de Familia o Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tel.: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Revised 5/2014