

**Las escuelas del condado de Jefferson**  
**Padre/madre/tutor/Formulario de autorización médica para dispensar medicamentos recetados**  
**Este formulario es bueno sólo para un año escolar 2018-2019**

Política 6.405

**Para ser completado por el padre/madre/tutor:** (para cualquier medicamento debe administrarse durante las horas de escuela).

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

La escuela \_\_\_\_\_ Maestro \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre/tutor (IMPRIMIR): \_\_\_\_\_

Hogar del padre/madre/tutor Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono Trabajo: \_\_\_\_\_ teléfono celular: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia (nombre y teléfono): \_\_\_\_\_

**Medicamento de venta con receta:** esta sección para ser **completado por el médico o enfermera practicante para la prescripción de medicamentos** que **deben** ser administrados durante el horario escolar. Todos los medicamentos deben estar en la fecha actualmente farmacia/médico denominado contenedor.

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ phone # \_\_\_\_\_

El nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_ phone # \_\_\_\_\_

Diagnóstico para este medicamento: \_\_\_\_\_ La duración o la última fecha que se da en la escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del medicamento y la dosis que se da en la escuela: \_\_\_\_\_

Tiempo, la frecuencia y la vía (oral, tópica, inhalación, inyección): \_\_\_\_\_

- Medicamentos PRN: si el medicamento se da como necesidad, describir los síntomas:  
\_\_\_\_\_

- **Si inhalador**, es un estudiante competente y permitido **llevar el inhalador en su persona en la escuela?**  Sí  No

- **Si Epi-pen**, estudiantes competentes y autorizados **para portar el Epi-pen sobre su persona en la escuela?**  Sí  No

Otras notas: \_\_\_\_\_

**Firma del médico:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

Entiendo que mi hijo se auto-administrar el medicamento con la asistencia del personal de la escuela, licenciadas en enfermería y capacitado personal sin licencia, y declaro que mi hijo es competente para hacerlo. Entiendo que el sistema escolar no es responsable y que asumo toda la responsabilidad por los efectos secundarios y las complicaciones mi niño puede tener como resultado de tomar este medicamento. El padre/madre/tutor es responsable de informar a la escuela de cualquier cambio en la salud del estudiante o cambios en la medicación. Ningún medicamento será administrado hasta información es completado y devuelto a la escuela. Peticiones de cambio de medicación debe estar acompañada de la autorización del médico y una nueva botella de prescripción etiquetar correctamente. Actualizada el formulario de autorización de medicamentos también deben estar firmadas por el padre/madre/tutor. Sólo un formulario es para ser usado por los medicamentos. Los medicamentos deben ser llevados a la escuela y recogido por un adulto responsable. La enfermera de la escuela puede comunicarse con el médico acerca de la salud del estudiante y compartir la información de los registros de salud.

**Firma del padre/madre/tutor:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

Debe ser renovada cada año escolar