

Permiso para la Administración de Medicina en la Escuela

Información Importante: Por favor lea esto antes de completar la forma de "Permiso para la administración de medicina en la escuela".

Información importante sobre medicamentos en contextos escolares

1. Cuanto sea posible, los medicamentos deberían tenerse en casa por los padres/tutores.
2. Se administran medicamentos dentro de 30 minutos antes o después del tiempo ordenado designado por el proveedor de atención médica del estudiante. En el caso de un comienzo retrasado a la jornada escolar, los medicamentos administrados en la escuela tendrán que ser dados en el hogar, debido que a la enfermera no le será posible administrarlos. Esto aplica también cuando la salida es temprano.
3. Dosis iniciales del medicamento que un niño no ha tomado antes no deberían ser dados en la escuela.
4. Una receta médica es REQUERIDA para medicamentos herbales, homeopáticos, o cualquier medicina de venta sin receta médica con dosis diferentes a las recomendadas por el laboratorio fabricante. Para ser dados en las escuelas de Carolina del sur. La forma de "Permiso para la administración de medicamentos en la escuela cuando este firmada por un doctor, puede servir como una receta escrita.
5. Cualquier medicamento que la enfermera tenga recibido como una orden de un médico, debe ser tratada como un medicamento recetado y debe tener una etiqueta de la farmacia en la botella para administrar.
6. Una autorización del padre o encargado legal también/Firma es requerida.
7. Una forma separada debe ser completada para cada medicación.
8. Espacio para el almacenamiento de la medicación en contextos escolares es limitado; por lo tanto, en la medida limite las cantidades de medicación que se puedan almacenarse en la escuela.
 - a. Sustancias controladas debe limitarse a no más de una receta de 31 días.
 - b. Si es necesario almacenar un medicamento sin receta médica en la escuela, pequeños recipientes de la medicación deben comprarse para llevarlos a la escuela.
9. Prescripciones, en caso de necesidad para medicamentos de venta sin formula:
 - a. debe ser para condiciones específicas que un niño se conoce o experimenta (por ejemplo, calambres menstruales, dolor de cabeza no debido a una lesión),
 - b. debe ser un medicamento que el médico tratante ha considerado apropiado basado en la historia clínica del niño, y
 - c. y el cuadro de sustitución permitida debe ser comprobado por el prescriptor autorizado si un medicamento genérico debe ser administrada.
10. Prescripciones deben renovarse, como mínimo, al principio de cada año escolar.
11. Las escuelas podrán negarse a administrar ciertos medicamentos si se considera inadecuado para un entorno escolar. En ese caso, el padre y el doctor serán notificados.
12. Medicamentos que hacen los estudiantes soñoliento y no puede participar en actividades educativas no pueden ser apropiados para la administración de la escuela.
13. Para el uso de medicamentos, una enfermera de la escuela puede usar su juicio clínico con respecto a si es mejor administrar los medicamentos prescritos o proporcionar intervenciones no medicinales.
14. Un adulto responsable debe entregar la medicina y la forma de permiso a la escuela. La medicina debe estar en su envase original con la etiqueta de la farmacia o en el caso de medicamentos de venta libre etiqueta del fabricante.
15. Programas de afterschool operados por terceros (por ejemplo, el de Boys and Girls Club) no tendrán acceso a los medicamentos en la escuela bajo la forma de "Permiso para la administración de medicamentos en la escuela". Todos los medicamentos necesarios, incluyendo medicamento de emergencia (epi-pens, inhaladores, etc.) debe ser entregado por separado al operador del programa de afterschool.



**Permiso para
La Administración de Medicamento en la Escuela
DISTRITO ESCOLAR DEL CONDADO DE NEWBERRY**

Para uso de la escuela:

- Rutina
 PRN (Si es necesario)

Fecha de comienzo: _____

Medicamentos deben ser administrados por un padre o tutor antes o después del horario escolar, siempre que sea posible. No se debería iniciarles dosis de un medicamento que un niño no ha tomado nunca antes en la escuela. Medicamento que se de en la escuela debe estar acompañado de esta forma, con la firma del médico tratante si así lo requiere y ser traído a la escuela en el envase original con la etiqueta. Medicamentos de "Muestra" deben proporcionarse en un contenedor que identifica el medicamento y debe ir acompañado de una nota firmada y fechada por el proveedor de atención médica que incluye el nombre del estudiante y las instrucciones para la correcta y adecuada administración al estudiante.

Al firmar este formulario, los padres y el médico reconocen que la información de este formulario puede ser incluido en el Plan Individual de Salud del Estudiante (IHP), si corresponde. Si todo el tratamiento previsto u órdenes médicas serán seguidas por la escuela como está escrito en el IHP es consistente con el plan de tratamiento o las órdenes médicas, la firma del médico y el padre/acudiente en el IHP no será necesaria. El IHP se compartirá con el personal de otra escuela que tiene una necesidad legítima por el conocimiento de la información.

Esta sección debe ser completada por el proveedor de cuidado de salud:

Nombre del niño _____

Fecha de nacimiento _____

Nombre de la escuela _____

Grado _____

Medicamento: <input type="checkbox"/> Sustitución permitida		Dosis:
Propósito del medicamento:		Vía de administración:
Hora en el que el medicamento debe ser dado en la escuela (La hora de almuerzo varía de: 10:30a – 1p)	Frecuencia (ej., a diario)	Nota especial sobre el requerimiento de almacenamiento <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Refrigerarlo <input type="checkbox"/> Otro (favor especifique):
		¿Es el niño alérgico alguna comida, medicinas, u otras cosas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (Liste las alergias.)
		¿Es la medicación una sustancia controlada? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Posibles efectos secundarios:		

PLEASE LIST ICD-10 DIAGNOSIS CODE FOR THIS STUDENT'S CONDITION: ICD-10 CODE _____

Firma del proveedor de cuidado de salud que prescribe

Fecha

REQUERIDA para medicamentos herbales, homeopáticos, o cualquier medicina de venta sin receta médica con dosis diferentes a las recomendadas por el laboratorio fabricante.

Sello, nombre en imprenta del proveedor de salud & la dirección:	Número de teléfono en la oficina
	Numero de Fax en la oficina

Esta sección debe ser completada por el padre o encargado del niño:

Doy permiso para que a mi hijo, _____, le sea administrado el medicamento citado anterior según lo prescrito. Yo doy permiso para que la enfermera escolar o administrador de la escuela se comunique con el proveedor de salud mencionado arriba o el farmacéuta y o sus empleados proveer la información acerca de este medicamento y la salud de mi niño a la enfermera o el administrador de la escuela. También doy permiso para esta forma de "Permiso para escuela y administración de medicamentos" aplique en caso de que mi hijo sea transferido a otra escuela dentro del mismo distrito durante el resto del año escolar. Entiendo que la escuela puede requerir que yo esté de acuerdo a las normas del distrito escolar acerca de los medicamentos antes de que este medicamento se dado en la escuela. Entiendo que cualquier programa de afterschool no operado por la escuela o el distrito escolar (por ejemplo, Boys and Girls Club) no tendrán acceso a los medicamentos descritos anteriormente, y es mi responsabilidad proporcionar cualquier medicina necesaria al operador del programa de afterschool, incluyendo medicamento de emergencia para mi hijo. Yo no hare responsable a la escuela, el distrito escolar o el personal de la escuela de las reacciones adversas cuando se administra el medicamento según los métodos prescritos. Notificaré a la escuela si cambian los medicamentos de mi hijo. Doy permiso para una persona entrenada sin licencia (UAP) para que pueda ayudar a mi hijo con la medicación en la ausencia de la enfermera de la escuela. Si un IHP es desarrollado que abarca estas órdenes médicas, entiendo que este plan de cuidados es para mi hijo mientras él o ella está en la escuela o asiste a funciones patrocinadas por la escuela. Estoy de acuerdo en notificar a la escuela de los cambios de salud de mi hijo, medicamentos e información de contacto. Entiendo que recibiré una copia de la IHP de mi hijo en caso que se establezca.

Firma del Padre o Encargado

Fecha

En letra mayúscula escriba el nombre del padre / encargado

Número de teléfono durante el día