



**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.

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): |
| Numero anticipado de días que la medicación será dada en la escuela: <input type="checkbox"/> Hasta el final del año escolar <input type="checkbox"/> ____ semanas <input type="checkbox"/> ____ días <input type="checkbox"/> ____ Únicamente en el viaje si va a pasar la noche | | ¿Es el niño alérgico alguna comida, medicinas, u otras cosas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (Liste las alergias.) |
| Posibles efectos secundarios: | | ¿Es la medicación una sustancia controlada? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si |

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.

Firma del Padre o Encargado

Fecha

En letra mayúscula escriba el nombre del padre / encargado

Número de teléfono durante el día