

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Nombre del estudiante _____ DOB _____ Grado _____

Diagnóstico _____

Fecha de inicio del medicamento _____ Fecha de finalización _____

Nombre del medicamento _____

Dosis _____ Ruta _____ Frecuencia _____

Efectos Secundarios _____

Nombre del proveedor de atención médica (PRINT) _____

Address _____ Teléfono _____

Firma del proveedor de atención médica

Fecha

Le autorizo a la enfermera que administre el medicamento indicado a mi hijo cuyo nombre aparece en la sección anterior. Entiendo que el distrito, la escuela, la enfermera de escuela y otros empleados de la escuela, no incurrirán en ninguna responsabilidad como resultado de cualquier lesión que surja de la administración del medicamento indicado. Indemnizaré y mantendré indemne al distrito, la escuela, la enfermera de la escuela y otros empleados contra todos los reclamos que surjan de la administración del medicamento mencionado. Doy mi consentimiento para que la comunicación entre la enfermera de la escuela y el proveedor de atención médica que recete, sea necesaria para garantizar la administración segura del medicamento indicado

Firma del padre / tutor

Fecha

*****EFFECTIVO POR UN (1) AÑO ESCOLAR*****

INSTRUCCIONES PARA AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS

La Junta de Educación de Waldwick requiere que se cumplan las siguientes condiciones para que un estudiante recibir medicación en la escuela:

1. Se requiere autorización por escrito de los padres y el proveedor de atención médica del estudiante para administrar cualquier medicamento en la escuela. Esto incluye todos los medicamentos recetados y de venta libre. Una enfermera o el padre/tutor son los únicos autorizados a administrar medicamentos en el entorno escolar, a menos que se autorice la autoadministración por una afección potencialmente mortal.
2. Todos los medicamentos deben ser llevados a la oficina de salud en un envase de prescripción actual, debidamente etiquetado. No se aceptarán medicamentos enviados en sobres y bolsas de plástico.
3. Si durante el año escolar el proveedor de atención médica del estudiante determina que ya no se requiere el medicamento o si la dosis recetada ha cambiado, esta información debe enviarse por escrito a la enfermera de la escuela.
4. Si durante el año escolar el proveedor de atención médica del estudiante determina que ya no se requiere el medicamento o si la dosis recetada ha cambiado, esta información debe enviarse por escrito a la enfermera de la escuela.
5. Si el estudiante tiene varios medicamentos, solo se usa un formulario para cada uno.
6. El médico de la escuela ha firmado una orden por escrito para la administración de **Acetaminofeno e Ibuprofeno**. Por lo tanto, solo se requiere la firma de un padre/tutor para estos dos medicamentos. Están disponibles en la oficina de salud en forma de píldora. Si su hijo no puede tragar las pastillas, debe proporcionarle su propio suministro de medicamento líquido o masticable en el envase original.
7. Este formulario es válido por **un año escolar**. Se debe completar y presentar un nuevo formulario de medicamentos cada año escolar.

EFFECTIVO POR UN (1) AÑO ESCOLAR