

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre de la escuela _____

Maestro de Salón Hogar _____ Grado _____

Nombre del padre/ tutor y número de teléfono: _____

Esta sección debe ser completada sólo por un médico / proveedor médico con licencia

Solo un medicamento por formulario

Medicamento (Incluir nombre generico): _____

Dosis: _____ Método a Suministrar : _____

Veces Suministrado en la escuela: _____ Frecuencia: _____

Relación con alimentos: _____

Propósito del medicamento (relacionado al diagnóstico):

Posibles efectos secundarios: _____

Algunos medicamentos pueden ser automedicados en la escuela o giras escolares. Si es apropiado, considero que este estudiante tiene la capacidad de tener la madurez y el conocimiento para automedicarse. Si _____ No _____

Firma del Médico _____ Fecha: _____

Número de la oficina: _____ Sello de la Práctica: _____

Esta sección debe ser completada por el padre/guardián:

PERMISO DE LOS PADRES Por la presente doy mi permiso para que mi hijo (mencionado anteriormente) reciba medicamentos durante el horario escolar administrados por la enfermera de la escuela o el personal capacitado de la escuela. Todos los medicamentos, incluidos los productos de venta libre, han sido recetados por un proveedor de atención médica con licencia. Los medicamentos se proporcionarán en botellas actuales etiquetadas en la farmacia con información de identificación y serán llevados a la escuela por el padre / tutor. Asumo toda la responsabilidad de informar a la escuela de cualquier cambio en la salud y / o medicamentos de mi hijo. Estoy de acuerdo en que la dosis del medicamento no se puede cambiar sin la orden de un médico. Además, por la presente libero a la Escuela Pública KIPPNC y a sus agentes y empleados de toda responsabilidad que pueda resultar de que mi hijo tome el medicamento recetado. Entiendo que se espera que recoja cualquier medicamento restante al final del año escolar o al final del período de dosificación o el medicamento será descartado 7 días después. Doy mi consentimiento para la enfermera de la escuela

Firma del padre /guardián: _____ Fecha: _____



Recibido hoy, _____ Año escolar: _____

Revisado por la enfermera escolar o personal
adiestrado: _____

Medication received : _____

Autorización de Medicamentos

AUTORIZACIÓN PARA AUTOMEDICARSE

Protocolo:

1. El proveedor de atención médica, los padres y el estudiante deben completar y firmar el formulario de Autorización de medicamentos anualmente.
2. La enfermera de la escuela o el personal capacitado, en consulta con el director/líder de la escuela, es el juez final del cumplimiento del estudiante con estas pautas en la escuela.
3. La autoadministración de medicamentos deberá cumplir con el Protocolo público de medicamentos de KIPPNC
4. El alumno deberá demostrar madurez y conocimientos suficientes para utilizar el medicamento de forma segura y correcta.

Sección del estudiante: Mi proveedor de atención médica, padre/tutor legal y yo acordamos que tengo suficiente madurez y conocimiento para usar el medicamento (nombrado en este formulario) de manera segura y correcta.

Estoy de acuerdo con:

- Tener mi medicamento disponible con la ayuda de mi padre/tutor legal
- Mantener el medicamento en mi posesión en todo momento y no dejarlo en un lugar accesible a otros estudiantes, ni permitir u ofrecer ningún uso a otros estudiantes
- usar los medicamentos de manera responsable, de acuerdo con las indicaciones de mi proveedor de atención médica
- notificar a la oficina de la escuela o a la enfermera de la escuela si tengo más dificultades de lo habitual con mi estado de salud

Firma del Estudiante: _____ Fecha: ____/____/____

Revise con el estudiante:

- Demuestra uso/administración correctos de medicamentos
- Reconoce la necesidad y el momento adecuado para la medicación según lo prescrito por el proveedor de atención médica
- Identifica una ubicación adecuada y un método para llevar medicamentos
- Conoce bien el estado de salud
- Mantiene un segundo contenedor etiquetado con la enfermera de la escuela o personal capacitado (según las indicaciones)
- Revisar el Plan de Acción de Emergencia (como se indica)

Consentimiento final para permitir la autoadministración de este medicamento:

- La autoadministración no es una opción para este estudiante o este medicamento
- La autoadministración supervisada puede ocurrir en excursiones
- La autoadministración es apropiada para este estudiante y este medicamento

Firma de la Enfermera Escolar: _____ Fecha:
____/____/____