

FORMULARIO DE PERMISO DE PADRES/TUORES PARA ADMINISTRAR MEDICINA
PARENT/GUARDIAN MEDICATION PERMISSION FORM

(Este formulario debe ser completado **antes** de que la escuela pueda administrar medicamentos a un estudiante, los cuales hallan sido prescrito por usted, auto-prescrito o prescrito por el doctor.)

Estimado Padre/ Tutor:

La escuela ha recibido su petición de que _____ esta tomando medicamentos y que necesitará tomarlos en la escuela. Nosotros requerimos que usted llene este formulario concerniente al niño(a) ya mencionado y de que nos mantenga al día con las dosis de medicamentos y/o cambios en el tratamiento.

Nosotros también pedimos su asistencia en ayudarnos con la gran cantidad de medicamentos que son administrados en la escuela. Nosotros requerimos que si hay algún medicamento que se pueda dar en la casa en lugar de dársele en la escuela el padre/tutor pueda hacerlo.

Los medicamentos solo serán administrados si son **enviados a la escuela en el empaque original**, marcado con el nombre del estudiante, la dosis, la hora en la cual se debe tomar, nombre del Doctor, nombre de la farmacia y fecha de compra. Los padres deben traer la medicina a la escuela. Por cuestión de seguridad no envíe medicamentos en la mochila de su hijo(a). Por favor lea la información que se encuentra al reverso de este formulario.

Su colaboración es muy apreciada. Muchas Gracias.

Nombre del Estudiante: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Grado:** ____ **Escuela** _____

Enfermedad que requiere el medicamento: _____

Nombre de la medicina que se le dará a este estudiante: _____

Dosis que se le dará: _____ **Hora/intrusiones:** _____

Manera de proporcionar el medicamento: _____ **¿Por cuantos días?:** _____

Nombre del Proveedor (Doctor, dentista, etc.): _____

Dirección: _____ **# de teléfono del Proveedor:** _____

Describe los posibles (significantes) efectos secundarios del medicamento: _____

Alergias del estudiante: _____

Otra información/Comentarios: _____

DECLARACIÓN DEL PADRE/ TUTOR

Por la presente yo exonero y libero al Consejo de Educación del Condado de Hall, al Consejo de Salud del Condado de Hall, a sus empleados y oficiales, de cualquier y toda responsabilidad en caso de accidente u otro contratiempo que le pueda ocurrir a mi hijo(a) durante la supervisión de dicho medicamento debido a cualquier efecto secundario, enfermedad, o cualquier otro daño. Por la presente exonero a las personas mencionadas anteriormente de cualquier culpa por daños o accidentes que puedan ocurrir.

Doy permiso por la presente al director o la persona por él designada para supervisar o administrar la medicina a mi hijo(a). Entiendo que se hará un esfuerzo concertado para administrarle la medicina especificada arriba. (Vea la información que se encuentra al reverso de este formulario).

También doy permiso al personal mencionado de contactar al doctor o proveedor de los servicios médicos de mi hijo(a) si es necesario adquirir información concerniente a la diagnosis, medicamento u otros tratamientos necesarios. Yo doy permiso para que el personal de la escuela "que necesite saber" sobre la administracion del medicamento para mi hijo/a sea entrenado.

Firma del Padre / Tutor

Fecha

Teléfono del Trabajo: _____ # de Teléfono de la Casa: _____

Teléfono Celular: _____

INFORMACIÓN PARA PADRES SOBRE LA ADMINISTRACIÓN DE TODOS LOS MEDICAMENTOS:

1. Los medicamentos recibidos en la escuela en frascos sin etiquetas, pastillas en bolsitas zip-lock o papel de aluminio **NO SERÁN** administrados.
2. Los medicamentos que no sean recetados (medicamentos comprados sin recetas) deben ser traídos a la escuela en el envase **ORIGINAL**, junto a una solicitud escrita por los padres que incluya el número de teléfono de contacto de los padres y las indicaciones para la administración que indique la frecuencia, dosis y duración de la administración
3. Los medicamentos recetados deben ser traídos a la escuela en el envase **ORIGINAL** (con fecha del mes actual) etiquetado con el nombre del estudiante, fecha de la prescripción, instrucción de administración, nombre del medicamento, nombre del médico que dio la receta, fecha de vencimiento y vía de administración del medicamento.
4. Se pide a los padres a dar los medicamentos a sus hijos en casa a menos que se los hayan recetado para tomarlos durante el horario escolar. Los medicamentos recetados una, dos o tres veces al día se pueden administrar en casa a menos que se receten *específicamente* durante el día escolar. Los medicamentos que se hayan recetado para tomar una vez al día en las mañanas deben administrarse en casa antes del día escolar. Por razones de seguridad, la escuela/clínica ya no aceptará dosis de "reserva" para administrar en caso de que el medicamento de la mañana no se tome en casa. El padre/tutor es responsable de traer la dosis omitida a la escuela.
5. La escuela dará el medicamento solo como se indica en el envase etiquetado **ORIGINAL**. **Es responsabilidad del padre/tutor** de notificar a la escuela si se solicitan cambios en el medicamento, las dosis y/o el tiempo de administración y **UN** contenedor nuevo **ORIGINAL** debe ser proporcionado.
6. Para **TODOS** los medicamentos que serán administrados por más de 10 días escolares (a largo plazo), los padres/tutores deben proporcionar instrucciones específicas, incluyendo equipos necesarios si se necesitan, al llenar el "Formulario para Padres/Tutores de Permiso de Medicamento" y pedirle al proveedor de cuidado de salud completar el "Formulario para el Proveedor de Cuidado de Salud para Permiso de Medicamento."
7. **Es la responsabilidad del padre/tutor** informar a la escuela, por escrito, de cualquier cambio en los datos pertinentes. Un nuevo "Formulario para Padres/Tutores de Permiso de Medicamentos" deberá ser provisto indicando la petición para el cambio
8. **Es la responsabilidad del padre/tutor** llevar **TODOS** los medicamentos a la oficina del/de la director/a u otro personal asignado de la escuela. Es una violación del Código de Conducta del Estudiante que los estudiantes transporten medicamentos a la escuela sin permiso para llevarlos ellos mismos en el archivo.
9. Un "Formulario para Padres/Tutores de Permiso de Medicamentos" **y** si es pertinente, un "Formulario para el Proveedor de Salud de Permiso de Medicamentos" debe de mantenerse en relación a cada medicamento que tome el estudiante durante el día escolar. Este registro incluirá el nombre del estudiante, fecha, nombre del medicamento administrado, hora y firma del personal de la escuela quien dice supervisó o ayudó en la administración de dicho medicamento.
10. Los medicamentos a largo plazo por lo general tienen que ser surtidos mensualmente. **Es responsabilidad del padre/tutor** de suministrar a la escuela una cantidad adecuada de medicamentos.
11. Si su hijo toma una *medicación controlada* a diario, por razones de seguridad, por favor, traiga solamente **suficiente medicamento para 30 días por mes**. También le pedimos que traiga la botella con la etiqueta de la prescripción escrita en **INGLÉS** con fecha o el mes actual. Si la prescripción requiere una dosis de una píldora y media, por favor, parta la píldora antes de llevar el frasco a la escuela.
12. Una vez que el medicamento es recibido en la escuela, debe ser contado por el padre/tutor del estudiante y la enfermera de la escuela (o su representante) para documentar correctamente la cantidad del medicamento controlado que será recibido. Una vez que los medicamentos se reciben y se cuentan, se consideran bajo la custodia de la escuela y deben permanecer en la clínica hasta el último día de clases o el retiro.
13. Los padres o tutores legales son responsables de recoger los medicamentos no utilizados al final del año escolar o cuando el estudiante se retira de una escuela estatal. El personal de la escuela destruirá cualquier medicamento que quede en la escuela después del final del año escolar.