

Consentimiento para Administrar Medicamentos en la Escuela/Ordenes Médicas

ORDEN DEL AUTORIZADO PARA PRESCRIBER

(Para ser completado por el médico, enfermera practicante, u otro proveedor autorizado por el Capítulo 94C)

Estudiante _____ **Fecha de Nacimiento** _____ **Grado/Salón** _____

Diagnosis: _____ **Alergias:** _____

Medicamento _____ **Dosis** _____ **Ruta** _____ **Frecuencia** _____ **Hora** _____

1. _____
2. _____
3. _____

Posibles efectos secundarios: _____

Si la enfermera de la escuela determina que es seguro y apropiado ¿el estudiante puede auto administrarse inhalador, EpiPen & insulina?

SI ___ NO ___

NOTA: Siempre que sea posible y para evitar horas de escuela, la medicación debe darse en casa

Prescriptor autorizado (Imprenta) _____ **Teléfono** _____

Prescriptor autorizado (Firma) _____ **Fecha** _____

CONSENTIMIENTO DEL PADRE O GUARDIAN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Yo le concedo permiso a la enfermera escolar para administrar el siguiente medicamento a mi hijo/a _____

Medicamento _____ Dosis _____ Hora _____

Medicamento _____ Dosis _____ Hora _____

¿Permiso para que el adulto/maestro designado administre medicamentos (excluyendo los psicotrópicos, diabéticos) durante excursiones? SI ___ NO ___

¿Permiso para compartir información pertinente de medicación con el personal escolar apropiado? SI ___ NO ___

¿Permiso para auto administrarse si la enfermera de la escuela determina que es seguro y apropiada? SI ___ NO ___

La medicación debe ser entregada por un adulto responsable en su recipiente original etiquetado de la farmacia. Entiendo que la escuela puede almacenar sólo un suministro de 30 días de medicamentos controlados.

Entiendo que todos los medicamentos no recogidos antes del último día de escuela serán destruidos.

Firma Padre de Familia/Guardián _____ Fecha _____

Teléfonos: Hogar _____ Trabajo _____ Celular _____