

# AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN EL DISTRITO ESCOLAR PIONEER

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Sala del Maestro: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

**ESTA PARTE DEBE SER COMPLETADA Y FIRMADA POR EL PROFESIONAL DE LA SALUD CON  
LICENCIA PROFESIONAL SI ES NECESARIO ADMINISTRAR MEDICAMENTOS DURANTE EL  
HORARIO ESCOLAR**

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS	MÉTODOS DE ADMINISTRACIÓN	HORA DEL DIA A TOMAR
------------------------	-------	---------------------------	----------------------

_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------

Si prn - especifique el **tiempo entre dosis**: \_\_\_\_\_

**Razón** por la que se debe administrar el medicamento durante el horario escolar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Permiso para llevar (círculo) **Inhalador**: **SI** \_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_; **EpiPen**: **SI** \_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_;

**Insulina**: **SI** \_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_ (La insulina no puede delegarse en personal sin licencia )

Posible **efectos secundarios** de la medicación: \_\_\_\_\_

Procedimiento de **Emergencia** en caso de efectos secundarios graves: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Solicito y autorizo que al estudiante anteriormente mencionado se le administre el medicamento descrito con anterioridad de acuerdo con la instrucciones indicadas de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_. Existe una razón válida que hace aconsejable la administración del medicamento durante el horario escolar o durante el tiempo en que el estudiante está bajo supervisión de los funcionarios escolares. Dicho medicamento puede ser administrado por personal escolar capacitado.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha de la firma

Profesional Licenciado de la Salud

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Número de teléfono

Fax

Nombre(Letra de clara, no cursiva)

---

Dirección

Ciudad

Código Postal

**ESTA PARTE DEBE DE SER COMPLETADA Y FIRMADA POR EL PADRE/TUTOR**

Certifico que soy el Padre, Tutor Legal u otra persona con control legal del estudiante anteriormente identificado. Solicito y autorizo a la escuela a administrar el medicamento descrito arriba al estudiante mencionado con anterioridad de acuerdo a la receta o a las instrucciones de un profesional de salud autorizado.

**EL MEDICAMENTO DEBE SER SUMINISTRADO A LA ESCUELA EN EL ENVASE ORIGINAL Y LA AUTORIZACIÓN ESCRITA DEBE DE COINCIDIR EXACTAMENTE CON LA INFORMACIÓN DEL ENVASE.**

Entiendo y acepto que debido al horario y otras responsabilidades, una dosis o varias dosis, pueden retrasarse o perderse. Permiso otorgado para intercambiar información de medicamentos con la enfermera.

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma                      Firma                                      Telefono de casa                      Tel. del trabajo

REVISADO POR \_\_\_\_\_ (ENFERMERA ESCOLAR) FECHA \_\_\_\_\_ 08/29/2022