Nombre del distrito escolar

AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR EL PERSONAL ESCOLAR DESIGNADO

Nombre del estudiante: Fecha de nacimiento: Año:

Doy mi permiso al personal de la escuela para administrar este medicamento, según las instrucciones siguientes : (No se salte ninguna pregunta)

|  |  |
| --- | --- |
| Medicamento: | Fecha de inicio: Fecha de conclusión: |
| Dosis (fuerza/cuánto): | No recetado |
| Frecuencia (qué tan a menudo): | Recetado |
| Hora del día para las medicinas en la escuela: | Nombre de la farmacia: |
| Vía de administración (ponga un círculo en uno): | Número de la receta (si corresponde): |
| Boca Oído Ojo Nariz Piel Motivo de la medicación:  Instrucciones especiales: | Nombre de quien emitió la receta (si procede): Teléfono de quien emitió la receta (si procede):  **TODOS LOS MEDICAMENTOS DEBEN ESTAR EN SU ENVASE Y NO ESTAR VENCIDOS, EN SU ENVASE ORIGINAL, CON SU ETIQUETA PRECISA** |

Entiendo que soy responsable de proporcionar este medicamento y mantener el abastecimiento, según sea necesario. Se debe proporcionar toda la medicación desde su hogar y debe estar en su envase original, con su etiqueta, y en un envase que no haya vencido. Comprendo que soy responsable de notificar a la escuela por escrito si hay cambios en la medicación, y que todas las medicaciones autoadministradas se deben traer y llevar a la escuela y desde la escuela por parte de uno de los padres o tutores legales, o por el estudiante, cuando eso esté permitido. Todos los medicamentos que estén sin utilizar se recogerán el último día de la escuela. Comprendo que cualquier medicamento que se haya dejado en la escuela será desechado. (OAR 581-021-0037)

**Firma de los padres o de los tutores: Fecha:**

**DIRECCIÓN DE LA PERSONA QUE EMITE LA RECETA**

(Se requiere la autorización por escrito o con la etiqueta de la farmacia para todos los medicamentos recetados y todos los medicamentos aprobados que no sean de FDA)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Yo he recetado la medicación mencionada anteriormente para el estudiante, cuyo nombre aparece en la parte superior de este  formulario. |
|  | Las instrucciones de los padres son precisas |
|  | Por favor, permita que este estudiante lleve y se administre este medicamento. (El estudiante debe ser capaz, a nivel de desarrollo y de comportamiento de autoadministrarse) |
|  | Certifico que este medicamento es necesario para que el estudiante permanezca en la escuela |
|  | Instrucciones especiales, incluyendo las reacciones adversas y la acción requerida: |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| Nombre de la persona que emite la receta (por favor, escribir o poner estampilla) |  |  |  | Nombre de la clínica y dirección |
|  |  |  |  |  |
| Firma de la persona que emite la receta |  | Teléfono |  | Fecha de vigencia |