

# FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS

(Por favor, complete un formulario por cada medicamento.)

Nombre del Estudiante: _____		Fecha de Nacimiento: _____	
Alergias: _____			
Medicamentos: _____		Dosis: _____	
Motivo de la Medicación o el Diagnóstico: _____			
Dosis: _____		Hora del día para se Administrado: _____ <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	
Escuela: _____		Escuela de Año: _____	

Con el fin de que el personal de la escuela pueda administrar cualquier tipo de medicación necesaria para el alumno, el padre/madre/tutor debe entregar firmado este formulario de autorización. La medicina se administrará al estudiante por la enfermera de la escuela o por el personal de la escuela sin licencia, entrenado y considerado competente por la enfermera de la escuela. La medicina debe ser enviada a la escuela con instrucciones completas y con el contenedor original, con la etiqueta del pedido de la farmacia o con la firma del médico conectado al medicamento.

Por favor, asegúrese de completar toda la información en este formulario de autorización antes de devolverlo a la escuela.

## CUALQUIER MEDICAMENTO SIN RECETA DEBE SER ACOMPAÑADO POR ORDEN DE UN MÉDICO

El medicamento administrado durante la jornada escolar debe indicarse a la escuela por el padre/madre/tutor. Los padres/tutores deberán recoger los medicamentos no utilizados dentro de las dos (2) semanas siguientes al último día de la escuela o serán destruidos. Esta autorización es válida para un año y debe ser renovada al comienzo de cada nuevo año escolar.

La primera dosis de cualquier nuevo medicamento NO se debe dar en la escuela.

\*\*\*\*\*

### PADRE O GUARDIAN DE MOTIVOS

Yo, el abajo firmante padre o tutor del estudiante nombrado arriba **por la presente solicitud que una \*miembro del personal capacitado administrar la medicacion** al estudiante siguiendo las instrucciones marcadas por el médico. Estoy de acuerdo en suministrar el medicamento prescrito necesario y me comprometo a notificar a la Enfermera de la Escuela de forma inmediata cualquier cambios. Entiendo que Fayette County Board de Educación Medicamentos Políticas y Procedimientos (09.2241) están disponibles para mí leer. Firmo esta declaración voluntariamente y con pleno conocimiento de su importancia. Estoy de acuerdo en recoger cualquier medicamento no utilizado dentro de las dos semanas siguientes a la última jornada de la escuela, o el medicamento será destruido.

**\* Los padres y los estudiantes son responsables de tener medicamentos disponibles en la escuela.**

X \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 (Firma del padre/madre/tutor) Fecha

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Reviewed by: \_\_\_\_\_ RN Date: \_\_\_\_\_