

# ORDEN DEL MÉDICO Y AUTORIZACIÓN DEL PADRE/MADRE/TUTOR PARA LA AUTO-ADMINISTRACIÓN

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

Nombre del Estudiante: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Alergias: _____	
Medicamentos: _____	Dosis: _____
Motivo de la medicación o el diagnóstico: _____	
Escuela: _____	Año Escolar: _____

Con el fin de que los estudiantes puedan auto-administrarse la medicación en la escuela, el padre/madre/tutor deberá presentar esta formulario de autorización firmado. También, es necesaria la orden firmada del doctor (véase el recuadro de abajo) para que los estudiantes puedan auto-administrarse los medicamentos. Por favor, asegúrese de completar toda la información en este formulario antes de devolverlo a la escuela. Esta autorización es válida por un año escolar y debe ser renovada al comienzo de cada nuevo año escolar.

\* Se recomienda que sólo los alumnos de middle y high puedan auto-administrarse sus propios medicamentos. Para los estudiantes de elementary, pueden hacerse arreglos para mantener los inhaladores o los medicamentos de emergencia en el aula. El maestro/a del estudiante proporcionará un seguimiento para la seguridad del estudiante.

PHYSICIAN'S ORDER	
1. I have examined this student for (diagnosis): _____ and have determined that he/she requires medication during school hours.	
2. Name of Medication _____	3. Dosage & Route: _____
4. I believe this student is able to carry and administer his or her own medication at the appropriate time and in the appropriate way. <b>Please check:</b> ____ YES ____ NO	
Printed Name: _____	Phone: _____

## DECLARACIÓN DEL PADRE / MADRE / TUTOR

- I, el abajo firmante padre o tutor del estudiante nombrado arriba dar su consentimiento que **\*\*mi hijo pueda auto-administrarse** la medicación. Entiendo que *Fayette County Board de Educación Medicamentos Políticas y Procedimientos* (09.2241) están disponibles para mí uso. Por la presente declaro que libero a todo el personal de la escuela libre e inofensivo de cualquier reclamo, exigencias o daños y perjuicios de cualquier lesión o complicación que pudieran derivarse de dicho tratamiento. He leído este consentimiento y comprendo todos sus términos y firmo voluntariamente y con pleno conocimiento de su importancia. Entiendo que los medicamentos auto-administrados no son proporcionados ni controlados por la enfermera de la escuela o por el personal de la escuela. **La enfermera de la escuela se reserva el derecho con los alumnos de revisar periódicamente durante el año escolar.**

**\*Padre / madre / tutor / alumno es responsable de tener medicación disponibles en la escuela.**

X \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Firma del Padre / Madre / Tutor) Fecha

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

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