

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DEL ESTADO DE ALABAMA AUTORIZACIÓN DEL PADRE/RECETOR DE
MEDICAMENTOS ESCOLARES

Año Escolar _____ - _____

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre del estudiante: _____ Escuela: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Grado: _____ Maestro: _____

____ No se conocen alergias de medicamentos ____ Alergias (Por favor escriba) _____

AUTORIZACIÓN DEL RECETOR (Debe ser completado por un proveedor de atención médica autorizado)

Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Ruta: _____

Frecuencia/Hora(s) que se proporcionarán: _____ Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: _____

Motivo para tomar medicación: _____

Posibles efectos secundarios/contraindicaciones/reacciones adversas: _____

Orden de tratamiento en caso de reacción adversa: _____

INSTRUCCIONES ESPECIALES:

¿El medicamento es una sustancia controlada? Sí No

¿Está permitida y recomendada la automedicación? Si No

• Si responde "sí", por la presente afirmo que este estudiante ha recibido instrucciones sobre la autoadministración adecuada del medicamento recetado.

¿Recomienda que el estudiante mantenga este medicamento "en persona"? Si No

¿Glaseado de pasteles SÓLO PARA los estudiantes diabéticos durante el transporte en el autobús? Si No

Nombre de molde del proveedor autorizado: _____ Teléfono: () _____

Fax: () _____

Firma del proveedor autorizado: _____ Fecha: _____

AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES

Autorizo a la enfermera de la escuela, a la enfermera titulada (RN) o a la enfermera práctica autorizada (LPN) a administrar o delegar en personal escolar no autorizado la tarea de ayudar a mi hijo a tomar el medicamento mencionado anteriormente de acuerdo con las normas de práctica del código administrativo. Entiendo que serán necesarias declaraciones firmadas adicionales por los padres o el médico que prescribe el medicamento si se modifica la dosis del medicamento.

Los medicamentos recetados deben de estar registrados con la enfermera de la escuela o un asistente de medicación capacitado. Los medicamentos recetados deben estar etiquetados correctamente con el nombre del estudiante, el nombre del médico que prescribe, el nombre del medicamento, la dosis, los intervalos de tiempo, la vía de administración y la fecha de vencimiento del medicamento, cuando corresponda.

Los medicamentos de venta libre deben presentarse a la enfermera de la escuela o al asistente de medicación capacitado. Los medicamentos de venta libre deben estar en el envase original, sin abrir y sellado. Los medicamentos de venta libre no pueden conservarse durante más de 2 semanas sin la autorización por escrito de un proveedor de atención médica autorizado y con licencia. Se debe seguir las reglas de la Agencia de Educación Local para estos medicamentos de venta libre.

Firma del padre/Guardian: _____ Fecha: _____ Teléfono: _____

AUTORIZACIÓN DE AUTOADMINISTRACIÓN

Debe completarse SOLAMENTE si el estudiante está autorizado para el autocuidado completo por parte de un proveedor de atención médica que este autorizado)

Autorizo y recomiendo que mi hijo se automedique para el medicamento mencionado anteriormente. También afirmo que su médico de cabecera le ha dado instrucciones sobre la autoadministración adecuada del medicamento recetado. Indemnizaré y eximiré de responsabilidad a la escuela, a los agentes de la escuela y a la junta de educación local contra cualquier reclamo que pueda surgir en relación con la autoadministración de medicamentos recetados por parte de mi hijo.

Firma del padre/Tutor: _____ Fecha: _____ Teléfono: _____