



## AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS

www.rsd407.org

Ordenar que se administre medicamento a un estudiante durante la escuela SOLAMENTE CUANDO SEA ABSOLUTAMENTE NECESARIO. Cuando sea posible, se exhorta al padre y al médico a diseñar un horario para administrar el medicamento fuera del horario de escuela. Si esto no es posible, el medicamento será administrado por personal designado de la escuela. Los medicamentos recetados deben administrarse en su paquete original, con el nombre del medicamento, la dosis que debe tomarse, la frecuencia con la que debe administrarse, el nombre del Médico Licenciado y el nombre del niño(a). Los medicamentos sin receta se deben administrar en su paquete original con el nombre de medicamento, instrucciones y fecha de vencimiento claramente visibles. Esta autorización es válida solo por el año escolar presente. El medicamento que sobre debe recogerse de la escuela. Cualquier medicamento que no se recoja será destruido al acabar el año o al terminar el periodo de administración recetado, lo que suceda antes. La escuela no asume responsabilidad alguna por reacciones adversas cuando el medicamento se administre de acuerdo con las instrucciones del Médico Licenciado.

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Escuela: \_\_\_\_\_ Maestro/a: \_\_\_\_\_  
Nombre del padre/guardián: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_  
Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono Alternativo: \_\_\_\_\_  
Firma de padre/guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### UN MEDICAMENTO POR HOJA

#### Esta sección debe ser completada por el Medico Licenciado

Medicamento que debe administrarse: \_\_\_\_\_  
Dosis y modo de administración: \_\_\_\_\_  
Hora en que debe administrarse: \_\_\_\_\_  
Propósito de medicamento: \_\_\_\_\_  
Posibles efectos-secundarios del medicamento: \_\_\_\_\_  
Fechas de la administración del medicamento: \_\_\_\_\_ Año escolar presente \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_  
Requirimientos especiales de conservación: \_\_\_\_\_ Ninguno \_\_\_\_\_ Refrigerar \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_  
Puede administrárselo el alumno solo: \_\_\_ Sí \_\_\_ No Estudiante auto-lleva medicamentos \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_ No \_\_\_  
El estudiante ha demostrado autoadministración segura y apropiada: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Firma de padre/guardián: \_\_\_\_\_

**Medico Licenciado:** (favor de escribir): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_ Numero de fax: \_\_\_\_\_

**School Nurse Review:** Date Received: \_\_\_\_\_ Date Reviewed: \_\_\_\_\_

Expiration: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

Notes: