

ADAMS 50 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIONES EN LA ESCUELA

School: _____ Fax: _____

Estimados padres / Tutores:

Adams County School District 50 tiene una política de administración de medicaciones que cumple con las directrices de salud escolar de Colorado. La política declara que tanto las medicaciones prescritas como las de venta libre (medicaciones sin prescripción) pueden administrarse en la escuela cuando se reúnen las condiciones siguientes:

1. **Un permiso firmado por los padres**, que la escuela de su hijo debe poseer, indicando claramente el nombre de la medicación y la hora en que debe administrarse la misma en la escuela.
2. La medicación debe estar presente en su **recipiente original**, debidamente etiquetado con el nombre del doctor que la prescribe, la fecha, la hora en que debe administrarse, el modo de administración y la dosis. (La medicación de venta libre o medicación de venta libre o sin prescripción debe estar en su recipiente original, empacada individualmente en su "envoltura de burbujas".)
3. El permiso del padre y el recipiente original deben ir acompañados de la **declaración firmada del doctor** que contiene las instrucciones correspondientes a las que aparecen impresas en el recipiente.

No se permite al personal docente administrar ninguna medicación, a menos que se hayan cumplido todos los requisitos. Le rogamos que siempre que sea posible, le administre al niño su medicación en casa. Sería ideal si entrega a la escuela un suministro máximo de 30 días de medicaciones en curso. En caso de tener cualquier pregunta, por favor póngase en contacto con la escuela de su niño.

PERMISO PARA ADMINISTRAR MEDICACIONES: A COMPLETARSE POR EL PADRE

(Se debe rellenar un formulario aparte por cada medicación)

Con mi firma debajo, solicito y doy mi consentimiento a Adams School District #50 para que administre la medicación a mi hijo. Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar cualquier modificación en la administración de la medicación (tal como en el caso de píldoras que deban cortarse por la mitad). Entiendo que esta información puede compartirse con el personal apropiado de la escuela, según sea necesario. Doy autorización al personal docente para que se pongan en contacto con el médico, en caso necesario, en relación a esta medicación. Cualquier cambio de prescripción requerirá un permiso de administración de medicación adicional completo y firmado. Acuerdo también llevar esta medicación a la escuela, en su recipiente de prescripción original, claramente etiquetado con el nombre del estudiante, el médico, la medicación, la fecha, la vía de administración, la hora en que debe administrarse y la dosis. La medicación prescrita y la medicación de venta libre deben estar presentes en sus recipientes originales o empacadas individualmente en su "envoltura de burbuja", y deben contener tanto el permiso escrito del padre como el del médico.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Escuela: _____ Grado: _____ Profesor: _____ Hora de administración: _____

Medicación: _____ Dosis: _____ Vía (Modo de administración): _____

Nombre del padre: _____ Tel. (residencia): _____ Tel. (Trabajo): _____

Firma del padre: _____ (Favor de escribir en letra de imprenta) Fecha: _____

TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN

Patient's Name: _____ Birth date: _____

Medication: _____ Dosage: _____ Route: _____

Time(s) to be given at school: _____ Side effects that may need to be reported: _____

Daily prescribed medication may be given late with parent verbal authorization to medication certified staff Yes No

Middle/High School ONLY: student may carry inhaler & self-administer (please circle one) Yes No _____
(Physician Please Initial)

Number of days medication needs to be given at school: _____

Physician signature: _____

Date: _____

Completed form may be faxed directly to student's school.

OFFICE STAMP (Or Print Health Care Provider Name, Address,
Phone and Fax Numbers)