



SOLICITUD PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS HACIA ESTUDIANTES DEL DISTRITO 8 DE FOUNTAIN-FORT CARSON

Nombre del estudiante: _____
(Primer Nombre) (Apellido)

Fecha de Nacimiento: _____ Escuela: _____ Grado: _____

Se le recomienda a los padres que administren los medicamentos a los estudiantes fuera del horario de escuelas siempre que sea posible. Solo los medicamento que son requeridos para que el estudiante permanezca en la escuela serán administradas en la escuela. Medicamentos prescritos y medicamentos de venta libre aprobados por la FDA puede ser administrado por la enfermera escolar o personal designado siempre y cuando se cumplan con los siguientes requisitos:

1. La escuela debe recibir un permiso por escrito, firmado por el medico que cumpla con las leyes de Colorado, y que autorice a administrar el medicamento. Todas las instrucciones de medicamentos deben se renovadas a principio de cada año escolar.
2. La escuela debe recibir un permiso firmado y por escrito de parte de los padres/encargados donde autoricen a administrar el medicamento al estudiante.
3. El padre/encargado es el responsable de proveer el medicamento necesario para el estudiante.
4. Todos los medicamentos DEBEN estar en su envase original y si es un medicamento de venta libre este debe estar en su envase original y sin abrir. Los medicamentos traídos en bolsas u otros envases sin etiqueta no serán administrados.
5. Medicamento de Rescate puede estar en la posesión del estudiante y administrado por el mismo según determine el médico o la enfermera escolar. Un contrato escrito entre el estudiante, padres y enfermera escolar debe ser firmado anualmente. Favor de contactar a la enfermera escolar si desea más información.
6. Cambios en el propósito, síntomas y/o horario/dosis del medicamento requiere una nueva autorización por escrito por parte del Médico y del Padre/Guardián.

Yo autorizo al Distrito Escolar 8 de Fountain Fort Carson a administrarle a mi hijo/a el medicamento recetado mencionado en la parte de abajo como fue ordenado por su médico. Yo entiendo que es mi responsabilidad proveer el medicamento. También, entiendo que el medicamento debe ser llevado/recogido a la escuela por el padre/encargado o contacto de emergencia previamente autorizado. Al firmar este documento, libero al Distrito Escolar 8 de Fountain-Fort Carson, sus miembros de la Junta, empleados y agentes de todos y cada uno de los daños o reclamaciones que surjan de o en conexión con una reacción adversa a un medicamento o los efectos secundarios sufridos por mi hijo/a como resultado de la administración de los medicamentos enumerados en este formulario.

Fecha

Firma de Padre/Encargado

- ✓ La información presentada más Adelante debe ser completada y firmada por el médico.
- ✓ El medicamento debe coincidir con el medicamento escrito por el médico.
- ✓ Si el medicamento debe ser administrado cuando sea necesario, favor de indicar cada cuanto tiempo se deben administrar las dosis.
- ✓ Si el medicamento es un inhalador, insulina, anticoagulante o epipen, el estudiante necesita un plan de cuidado firmado por su médico.

PHYSICIAN USE ONLY

Nombre del estudiante: _____
(Primer Nombre) (Apellido)

Fecha de nacimiento: _____ Medicamento: _____ Dosis Exacta: _____

Propósito del Medicamento: _____

Posibles Efectos Secundarios: _____

Tiempo que el medicamento debe ser administrado: _____ Ruta: _____

Tiempo anticipado de Duración: Año Escolar: _____ o Tiempo Específico desde _____ Hasta _____

¿Si el medicamento es un INHALADOR o EIPEN, esta el estudiante autorizado a cargar con el medicamento?

Si _____ No _____ Iniciales del médico, P o PA (requerido) _____

Fecha

Firma del Medico/NP/PA

Nombre impreso

Número de Teléfono