AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR EL PERSONAL DE LA ESCUELA

Debe ser completado por un padre/encargado del niño. Un nuevo formulario debe ser completado cada año escolar. Se debe mantener en la enfermería o, en caso de que no haya una, en la oficina del director o directora de la escuela.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____ FECHA DE NAC. _____

PADRE/ENCARGADO _____ NÚM. DE TELÉFONO _____

DIRECCIÓN _____ GRADO/ESCUELA _____

NOMBRE Y TELÉFONO DE CONTACTO DE EMERGENCIA: _____

I. PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO

Debe ser completado por el médico del estudiante, un asistente médico, o una enfermera practicante avanzada:

Medicamento _____ Modo de administración _____ Dosis_____

Tiempo/Frecuencia/Circunstancias en que se debe administrar _____

Diagnóstico del estudiante _____

Posible efecto(s) secundario(s) _____

Acción que se debe tomar si el estudiante tiene efectos secundarios y/o una reacción adversa al medicamento:

_____

Efectos deseados de la medicina _____

Fecha de la receta _____ Fecha de expiración _____

Otros medicamentos: _____

¿Es absolutamente necesario administrar este medicamento en la escuela? Sí _____ No_____

***El médico debe autorizar cualquier cambio de dosis por escrito.**

_____	_____	_____	_____
NOMBRE DEL MÉDICO (LETRA DE MOLDE)	FIRMA	FECHA	TELÉFONO

II. PARA SER COMPLETADO POR UN PADRE O ENCARGADO DEL ESTUDIANTE

Al firmar, yo, _____, padre/encargado de _____, confirmo que he revisado y entiendo la Política del Distrito Escolar de IP 204 relacionada con la administración de medicamentos en la escuela. Entiendo que yo soy primordialmente responsable por administrar medicamentos a mi niño. Sin embargo, en caso de una emergencia médica, o por el bienestar y la salud de mi niño, por este medio autorizo al DEIP 204 y a sus empleados y agentes, administrar o intentar administrar en mi lugar y de mi parte medicamentos recetados legalmente en la manera descrita anteriormente según la ley del Estado. **Entiendo que quizás sea necesario que otra persona que no es la enfermera de la escuela deba administrar el medicamento de mi niño y específicamente autorizo dicha práctica.** Notificaré a la escuela por escrito si se descontinúa el medicamento y obtendré una orden por escrito si la dosis o el tratamiento del medicamento cambia. Entiendo que esta autorización de medicación solo es efectiva para el actual año escolar y que necesitar ser renovada cada año escolar.

También entiendo y acepto desistir cualquier reclamo que pueda tener contra el DEIP 204, sus empleados y agentes relacionado con la administración o intento de administración de dicho medicamento. Además, acepto exonerar e indemnizar al DEIP 204, sus empleados y agentes, juntos o separados, de y en contra de cualquier y todas las reclamaciones, daños, causas de acción o daños ocurridos, incluyendo gastos y honorarios razonables de abogados incurridos en defensa de dichas acciones, excepto en reclamos basados en conducta intencional y maliciosa relacionada con o resultado de la administración o intento de administración de dicho medicamento, independientemente de mi autorización, como padre/encargado, o de la autorización del médico, asistente médico o enfermero registrado avanzado.

Finalmente, entiendo y acepto que es mi responsabilidad, según la política del DEIP 204, entregar, personalmente o por medio de otro adulto autorizado, el medicamento legalmente recetado a la escuela y recoger cualquier medicamento sobrante al final del año escolar.

Firma de padre/encargado _____ Fecha _____