

Auburn School District
Servicios de salud educativos

Spanish
Permission for Medication Administration at School

AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Escuela: _____

Antes de poder administrar algún medicamento durante el horario escolar, debemos tener órdenes específicas por escrito del médico de su hijo(a) así como autorización escrita de los padres de familia o tutor legal. Solicite a su médico, de ser posible, que ajuste el horario de los medicamentos de su hijo(a) de modo que quede fuera del horario escolar, debido a que tener medicamentos en la escuela puede presentar un riesgo potencial para otros estudiantes. Devuelva la Página 1 firmada por usted y su médico y **guarde la Página 2 para procedimientos que debe seguir** si su hijo debe recibir medicamentos cuando asiste a la escuela. Gracias.

PARA QUE EL MÉDICO LO LLENE (TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN)

MEDICATIONS TO BE ADMINISTERED AT SCHOOL DURING SCHOOL HOURS

Medication: _____ Dose: _____ Time: _____

Mode/Route: _____

Adverse side effects that might be seen at school: _____

Administer without subsequent order until: _____

Other directions/precautions: _____

Medication: _____ Dose: _____ Time: _____

Mode/Route: _____

Adverse side effects that might be seen at school: _____

Administer without subsequent order until: _____

Other directions/precautions: _____

FIRMAS QUE AUTORIZAN

Se otorga autorización al personal del distrito escolar para administrar el (los) medicamento(s) arriba indicado(s) proporcionado(s) por el padre de familia o tutor legal a la escuela en su(s) envase(s) original(es) al siguiente estudiante:

_____. Entiendo que el personal de la escuela se reserva el derecho a comunicarse con el médico si el padre de familia o tutor legal no está disponible para alguna aclaración sobre la administración en la escuela del medicamento indicado.

Nombre del médico: _____ Número de teléfono: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre del padre de familia o tutor legal: _____ Número de teléfono: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Auburn School District
Servicios de salud educativos

ADMINISTRACIÓN DE MEDICINAS EN LA ESCUELA

PROCEDIMIENTO A SEGUIR PARA LOS PADRES, SI ES ESENCIAL QUE EL ESTUDIANTE RECIBA MEDICACIÓN DURANTE SU TIEMPO DE ASISTENCIA A LA ESCUELA:

1. Su médico debe llenar y firmar la Página 1 del formulario "Autorización para administrar medicamentos en la escuela". Las instrucciones deben ser específicas y no dependen del juicio del personal de la escuela.
2. Debe firmar la Página 1 del formulario "Autorización para administrar medicamentos en la escuela" y devolverlo a la escuela de su hijo(a).
3. Proporcione los medicamentos en el envase con la etiqueta original del médico o farmacéuta. Esta etiqueta debe tener el nombre de su hijo(a), nombre del medicamento, dosis y hora de administración.
4. Para prevenir el acceso no supervisado de su hijo(a) u otros estudiantes al medicamento, debe llevarlo usted a la escuela. La cantidad aceptable para mantener en la escuela podría estar restringida.
5. Mantenga un registro de la fecha y cantidad de medicamento que proporcionó a la escuela y así sabrá cuando reabastecer el suministro de la escuela.
6. Proporcione una nueva autorización a la escuela si hay algún cambio en el medicamento o cambio del proveedor de atención médica de su hijo(a). La autorización debe renovarse cada año escolar.