



Medication Permit Physician's Orders

Directrices para la Administración de Medicamentos en la Escuela

Todos los medicamentos deben ser administrados fuera de las horas de escuela, si es posible. Solamente el medicamento que contribuye para que el estudiante permanezca en la escuela puede ser administrado en la escuela.

- 1. Todo medicamento (receta o sin receta) debe ser:
a. proveída por el padre
b. transportada por un adulto si es una sustancia controlada, Ej. Ritalin.
c. etiquetado apropiadamente en su envase original.
d. acompañada con una petición específica por escrito y firmada por el padre /tutor
e. colocada en un armario con seguro en la oficina de la enfermera
f. ordenada por un médico si el medicamento debe ser consumido por más de diez (10) días consecutivos
g. Administrada por una enfermera de la escuela o un profesional que no sea de salud designado
2. Recetas de muestra y medicamentos alternos tienen que ser etiquetados con el nombre del niño(a) y acompañados con una orden médica por parte de un médico certificado por el Junta de Directores de Texas.
3. El distrito no puede asumir responsabilidad por la pérdida o comportamiento negligente cuando un estudiante carga en su persona medicamentos convencionales, medicamentos alternos o suplementos dietéticos sin la enfermera tener conocimiento de los mismos.
4. Solamente el personal autorizado por el distrito puede administrar medicamentos tópicos a un estudiante como parte del protocolo de primarios auxilios.
5. Se debe consultar con la enfermera de la escuela si el estudiante necesita medicamento a largo plazo, cualquier procedimiento de cuidado de salud o monitoreo.

Petición del Padre y Orden Médica para la Administración de Medicamentos en la Escuela

Table with 6 columns: Fecha para comenzar Medicamento, Nombre del Medicamento(s), Potencia del Medicamento (Ej. 12mg), Dosis (Ej. 2 tabs, 1 tsp), Ruta, Hora para tomar el medicamento (Ej. 12:00)

Puede cargar un inhalante: \_\_\_ Si \_\_\_ No Puede traer medicación de anaphylaxis: \_\_\_ Sí \_\_\_ No; Medicación de alergias: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ Maestra \_\_\_\_\_

Nombre del Médico (en letra de molde) \_\_\_\_\_ Firma del Médico \_\_\_\_\_

Dirección del Médico \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

- Autorizo para que el medicamento mencionado arriba sea administrado a mi hijo(a) en la escuela.
También, autorizo para que los siguientes medicamentos sean administrados a mi hijo(a) en la escuela en caso de que se le olvide tomarse los medicamentos en el hogar antes de ir a la escuela como fue recetado.

Medicamento \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Hora Normal para la Administración \_\_\_\_\_

- Entiendo que de acuerdo al Código de Educación de Texas 21.905, el Distrito, el Consejo y sus empleados no son responsables por los daños o lesiona que resulten de la administración del medicamento a mi hijo /a.
Permiso de Padres: Yo doy permiso y autorizo al proveedor de salubridad de información de salud a la escuela y que la escuela de la información de arriba a las personas del distrito que la necesiten por razones legítimas con propósito de educación.

Firma del Padre / Tutor \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Número de Teléfono \_\_\_\_\_ Número de Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_