AUTHORIZACIÓN PARA ADMINSTRACIÓN DE MEDICAMIENTO
MERIDIAN CUSD #223

A: PADRE/GUARDIÁN

La política de nuestra escuela declara que todos los medicamentos con prescripción o sin prescripción que se les da durante las horas escolares **deben tener esto formulario completado antes de la administración de CUALQUIER medicamento.** No se administra el medicamento a menos que sea necesario para la salud crítica y bienestar del estudiante. **Todos los medicamentos mandados a la escuela deben ser:**

1. ***En la botella original o, por medicamentos sin prescripción, en la paquete original.***
2. ***Etiquetada adecuadamente con el nombre del estudiante, nombre del médico que recetó, nombre de la medicación, la dosis, la manera de administrar y la hora de administrar, y el nombre de la farmacia.***
3. ***Este permiso está valido por solo un año escolar y debe ser renovado cada año.***

PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO

Nombre del Estudiante_____

Fecha de Nacimiento_____ Grado_____

Nombre y Dosis de la Medicación_____

Frecuencia_____ Hora de Administración a la Escuela _____

Manera de Administración (por ejemplo: oral, inyección)

_____

Diagnóstico que requiere la medicación _____

Efectos Secundarios Esperados, si haya _____

Otras medicaciones que toma el estudiante

_____

Instruccionado y aprobado para la autoadministración de medicación emergencia SI NO

El estudiante entiende la necesidad de la medicación y la necesidad de reportar a la personal de la escuela cualquier efectos secundarios inusuales o el fracaso de aliviar los síntomas. El estudiante es capaz de usar esta medicación independientemente. NO APLICA (Escoja uno)

Instruccionado y aprobado para llevar/autoadministración de otra medicación como designado por médico

(por ejemplo: Epi-pen, inhalador) SI NO NO APLICA (Escoja uno)

_____ _____

Nombre del Médico (Imprima por favor) Firma del Médico

Teléfono do Oficina_____ Fecha_____

PARA SER COMPLETADO POR PADRE

1. Soy responsable principalmente de administrar medicación a mi hijo/a. Sin embargo, el caso que yo no puede hacerlo o en el caso de emergencia médica, por el presente autorizo que el Distrito escolar y sus empleados y agentes, que en mi nombre y mi lugar, administren o intenten a administrar a mi hijo/a (o los permiten que mi hijo/a se administre, mientras bajo la supervisión de los empleados y agentes del Distrito escolar), medicación legalmente en la manera descrita arriba. Yo reconozco que puede ser necesario que la administración del medicamento a mi hijo/a sea realizado por una persona que no sea la enfermera escolar, y específicamente doy mi consentimiento a tales prácticas, y
2. Yo indemnizo y liberto de toda responsabilidad el Distrito escolar y sus empleados y agentes de cualquier reclamaciones, salvo una reclamación basado en conducto intencional o temeraria generado de la autoadministración de medicación por el estudiante.
3. Si aplicable, mi hijo/a puede poseer y usar su medicamento para asma (inhalador) mientras está en escuela, mientras está en actividades de la escuela, o mientras en cuida de niños antes o después de la escuela, o mientras está en cuida de niños antes o después de la escuela que está en propiedad operado por la escuela.

_____ _____ _____

Firma del Padre/Guardián Número de Teléfono Fecha