

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DEL ESTADO DE ALABAMA

MEDICAMENTO EN LA ESCUELA AUTORIZACIÓN DEL PRESCRIPTOR/PADRE

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre del estudiante: _____ Escuela: _____
Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Edad: _____ Grado: _____ Maestro: _____
No alergias conocidas a medicamentos--liste alergias a medicamentos: _____ Peso: _____ Libras: _____

AUTORIZACION DEL QUE PRESCRIBE EL MEDICAMENTO SIN RECETA

Nombre de medicamento: _____ Dosis: _____ Ruta: _____
Frecuencia/Horas para administrarse: _____ Fecha comienzo: ___/___/___ Fecha parar :___/___/___

ORDEN DEL MÉDICO REQUERIDA por LEA: SI NO

Motivo de tomar el medicamento: _____
Posibles efectos secundarios / contraindicaciones / reacciones adversas: _____
Orden de tratamiento en caso de una reacción adversa: _____

INSTRUCCIONES ESPECIALES:

¿El medicamento es una sustancia controlada? Si No
¿Se permite y se recomienda la automedicación? Si No
Si "sí", afirmo que este alumno ha recibido instrucciones sobre la autoadministración correcta del medicamento recetado.
¿Recomiendas que el alumno mantenga "en persona" este medicamento? Si No

Nombre impreso del proveedor de servicios de salud con licencia: _____ Tel.: () Fax: _____

Firma del proveedor de servicios de salud con licencia: _____ Fecha: _____

AUTORIZACIÓN DEL PADRE

Autorizo a la Enfermera Escolar, la enfermera registrada (RN) o la enfermera práctica con licencia (LPN) a administrar o delegar al personal escolar sin licencia la tarea de ayudar a mi hijo a tomar el medicamento anterior de acuerdo con las reglas de práctica del código administrativo. Entiendo que se requerirán declaraciones adicionales firmadas por el padre / prescriptor si se cambia la dosis del medicamento. También autorizo a la enfermera escolar a hablar con el prescriptor o farmacéutico si surge una pregunta con el medicamento.

Medicamentos Recetados debe estar registrado con la Enfermera Escolar o Asistentes Entrenados en Medicamentos. Los medicamentos recetados deben estar debidamente etiquetados con el nombre del estudiante, nombre del recetador, nombre del medicamento, dosis, intervalo de tiempo, vía de administración y la fecha de caducidad del medicamento cuando corresponda.

Medicamento sin receta debe estar registrado con la Enfermera Escolar o Asistente Entrenado en Medicamentos, OTC en el envase original, cerrado y sin abrir. Seguir la Política de la Agencia de Educación Local para medicamentos OTC:

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: ___/___/___ Tel.: () _____

AUTORIZACIÓN DE AUTO-ADMINISTRACIÓN

(Para completar SOLO si el estudiante está autorizado por un proveedor de atención médica con licencia a completar el cuidado personal).

Autorizo y recomiendo la automedicación de mi hijo para el medicamento anterior. También afirmo que él / ella ha sido instruido en la administración propia de la medicación prescrita por su médico tratante. Indemnizaré y eximiré de responsabilidad a la escuela, a los agentes de la escuela y al consejo de educación local contra cualquier reclamo que pueda surgir relacionado con la autoadministración de medicamentos recetados de mi hijo.

Firma del Padre: _____ Fecha: ___/___/___ Tel.: () _____

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DEL ESTADO DE ALABAMA

MEDICAMENTO EN LA ESCUELA AUTORIZACIÓN DEL PRESCRIPTOR/PADRE

Año Escolar: _____