



DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS

En la escuela solo se pueden administrar aquellos medicamentos que posibilitan que un/a alumno/a pueda permanecer en la escuela. Los medicamentos que se toman tres veces al día deben tomarse antes de la escuela, después de la escuela y antes de acostarse. Si fuera necesario, se podrá administrar medicamentos en la escuela bajo las siguientes condiciones:

LOS MEDICAMENTOS DEBEN ESTAR DENTRO DE SUS ENVASES ORIGINALES Y DEBIDAMENTE ETIQUETADOS, con la fecha del el año actual escolar y traídos a la escuela por un adulto. NO SE ADMINISTRARÁN LOS MEDICAMENTOS ENVIADOS EN BOLSAS O ENVASES SIN ETIQUETA.

1. Los medicamentos recetados se administrarán solo con una solicitud específica escrita firmada por al menos un padre o tutor.
2. Los médicos deben tener licencia para practicar medicina en Texas. La receta médica servirá como firma del médico. Este formulario de solicitud puede obtenerse en la escuela o en la página electrónica de EMS-ISD (www.emsisd.com).
3. Un empleado sin licencia capacitado (designado por el director de la escuela) puede dispensar los medicamentos.
4. Todos los medicamentos deben guardarse en la clínica, con la excepción de los alumnos cuyo médico y padre provean un permiso escrito a la escuela permitiendo a los alumnos llevar consigo un inhalador. Debe guardarse otro inhalador en la clínica.
5. Por favor hable con la enfermera de la escuela si su hijo/a requiere un medicamento a largo plazo, algún procedimiento de salud, o monitoreo.
6. No debe administrarse aspirina o productos que contienen aspirina a los alumnos menores de 18 años sin una orden de un médico.
7. **LOS MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE APROBADOS POR LA FDA REQUIEREN UN PERMISO ESCRITO DEL PADRE O TUTOR Y NO PUEDEN ADMINISTRARSE DURANTE MÁS DE 7 DÍAS O 7 DOSIS, LA OPCIÓN QUE FUERA MÁS LARGA, SIN LA ORDEN ESCRITA DE UN MÉDICO.**
8. **El distrito no puede asumir responsabilidad alguna por la pérdida o conducta negligente del alumno cuando éste lleva consigo sus medicamentos convencionales o alternativos o suplemento dietético sin el conocimiento del coordinador de salud de la escuela. El no ajustarse a esto puede resultar en acciones disciplinarias.**

SOLICITUD PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

ALUMNO _____ FECHA _____

MAESTRA _____ GRADO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

Nombre	Vía	Dosis	Frecuencia

CONSENTIMIENTO DEL PADRE O TUTOR:

Doy mi permiso para que el/los medicamento(s) recetado(s) detallado(s) anteriormente sea(n) administrado(s) a mi hijo/a en la escuela o en las excursiones organizadas por la escuela. Entendido que el medicamento puede ser administrado por un empleado autorizado de EMSISD. Doy mi consentimiento y autorizo al proveedor de servicios de salud a divulgar información de salud a la escuela y a la escuela a divulgar la información anterior a aquellos dentro del distrito escolar que requieren conocer por motivos educativos legítimos.

Firma del Padre/Tutor Parentesco con el alumno

de Teléfono Particular # de Teléfono del trabajo/ celular

Firma del Médico # de Teléfono del médico

Si mi hijo/a olvida tomar la dosis de la mañana en casa tienen mi permiso para administrarle la dosis en la escuela después de llamarme para verificar que haya olvidado tomar la dosis.

Firma del Padre o Tutor Parentesco con el alumno Fecha Revisado 7/12

REGISTRO DE RESIDUOS					
ARTÍCULO	FECHA	CANTIDAD	DESCRIBIR EN DETALLE	FIRMA #1	FIRMA #2

RECEPCIÓN DE MEDICAMENTOS				
FECHA	CANTIDAD	FIRMA #1	FIRMA #2	COMENTARIOS

NOTAS
