

**Permiso para la Administración Escolar de Medicamentos
Con y Sin Fórmula Médica
Distrito Escolar Uno del Condado de Lexington**

Sólo para el uso de la escuela:

- Rutina
 PRN (de acuerdo con la necesidad)

Fecha de Inicio: _____

Siempre que sea posible, los padres/tutores deben dar a sus hijos sus medicamentos antes de o después de la jornada escolar. La enfermera de la escuela no debe suministrar a su hijo (a) la primera (inicial) dosis de ningún medicamento que él o ella no haya tomado antes. Por favor haga esto en la casa.

Para que su hijo (a) reciba cualquier medicamento con o sin fórmula médica, usted debe diligenciar completamente uno de estos formularios e incluir la firma del proveedor de servicios médicos y las instrucciones de esa entidad para la administración del medicamento. El medicamento, sin importar si se trata de medicamento con o sin fórmula médica, debe estar en su recipiente original con su debida etiqueta. Si usted recibe "muestras" de cualquier medicamento de su proveedor de servicios médicos, estas muestras también deben estar en su contenedor que lo identifica apropiadamente.

El proveedor de servicios médicos debe diligenciar la siguiente sección.

Nombre del Niño _____

Fecha de Nacimiento _____

Nombre de la escuela a la que el niño asiste _____

Grado _____

Medicamentos:		Dosis:
Propósito de los medicamentos:		Vía:
Hora de la medicación en la escuela: (el horario de almuerzo varía de 10:30 a.m. -1 p.m.)	Frecuencia (ej., diariamente):	Tenga en cuenta los requerimientos de almacenamiento especial <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Refrigeración <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique)
Número de días anticipados en que se suministrará el medicamento en la escuela: <input type="checkbox"/> Hasta el final del actual año lectivo. <input type="checkbox"/> _____ semanas <input type="checkbox"/> _____ días		¿El niño es alérgico a alguna comida, medicamento u otros? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (Nombre las alergias.)
		¿Este medicamento es una sustancia controlada? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Posibles efectos secundarios:		

Firma del Proveedor de Servicios Médicos _____

Fecha _____

Estampe, Escriba o Digite el Nombre y la Dirección del Proveedor de Servicios Médicos:

Número de Teléfono de la Oficina:

Número de Fax de la Oficina

El padre o tutor debe diligenciar la siguiente sección

Doy permiso para que se suministre a mi hijo (a) _____, el medicamento o medicamentos arriba descritos. Doy permiso a la enfermera de la escuela o al administrador de la escuela para que contacte al proveedor de servicios médicos o farmacéuta arriba nombrado, quien diligenció la prescripción, para hablar de este medicamento y de la salud de mi hijo (a). Doy permiso para que el proveedor de servicios médicos arriba nombrado, el farmacéuta y/o sus designados brindar información acerca de este medicamento y de la salud de mi hijo (a) a la enfermera de la escuela o al administrador de la escuela. También doy permiso para que este formulario aplique en caso de transferencia de mi hijo (a) a otra escuela en el Distrito Uno de Lexington durante el actual año lectivo. No haré responsable a la escuela, al distrito escolar o al personal de la escuela por ninguna reacción adversa al medicamento cuando el medicamento sea administrado de acuerdo con los métodos prescritos. Estoy de acuerdo en notificar a la escuela si cambia la medicación de mi hijo (a).

Firma del Padre o Tutor _____

Fecha _____

Escriba o digite el nombre del padre o tutor _____

Número Telefónico Diurno _____