

USD 489 formulario de autorización de medicamentos

Cuando sea posible, deben administrarse medicamentos en casa con una programación que no requiera dosis durante el horario escolar

Prescripción medicamentos deben enviarse a la escuela por el padre o tutor en el contenedor de farmacia original con la etiqueta de la farmacia. Nombre del alumno, el nombre de los medicamentos, dosis, fecha y nombre del médico debe señalarse claramente en la etiqueta. Cualquier cambio en el horario o la dosis de medicamento requiere una nueva receta del médico.

Sin prescripción medicamentos deben enviarse a la escuela por el padre o tutor en el contenedor original, marcado con el nombre del alumno. Sólo serán seguidas las instrucciones en el envase (instrucciones en el contenedor deben ser legibles) a menos que un médico proporcione instrucciones alternativas.

Deben seguir los siguientes procedimientos para la preparación de los medicamentos:

1. El padre o tutor debe proporcionar todos los medicamentos que se administren en la escuela. Debido a limitaciones de espacio, medicamentos deben traerse a la escuela en el tamaño más pequeño que puede adquirir.
2. Un formulario de autorización de medicamentos firmado por un padre o tutor debe ser archivada en la escuela. Esta solicitud caducará al final de cada año escolar.
3. La primera dosis de medicamentos debe ser dado por el padre o tutor.
4. Todos los medicamentos deben mantenerse en la zona designada por el Director. Los estudiantes que requieren medicamentos serán responsables de presentarse a la Oficina de salud a la hora especificada.
5. Es necesario que el medicamento que sea de una sustancia controlada (Ritalin, Adderall, etc.) se lleve a la escuela por el padre o tutor en un paquete de burbuja ya que debe contarse semanalmente.
6. Si el niño requiere cualquier excepción a este procedimiento general, tales como la autoadministración, ver a la enfermera de la escuela.

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento _____

Grado _____

Nombre y dosis de medicamentos: _____

Tiempo y duración de Administration _____

Razón de medicamentos: _____ Nombre de Medico _____

¿Quiere que se envíen a casa diariamente los Medicamentos de corto plazo? (medicamento para la tos, antibióticos, etc.) Sí _____ No _____

Declaración de Ceder Permiso para ser completado por el padre o tutor

Por este medio doy permiso al personal de la escuela designada de dar la preparación del anterior llamado prescripción o medicamentos sin prescripción médica a mi hijo, mencionado anteriormente. Certifico que previamente ha tenido al menos una dosis del medicamento y no tuvo una reacción adversa de ella. Entiendo que cualquier empleado de la escuela que administra este medicamento a mi hijo en conformidad con la instrucción escrita de la etiqueta del medicamento no será responsable por daños y perjuicios como resultado de una reacción adversa sufrido por el estudiante por la administración de tales drogas o por producto incorrecto o alterado. Para medicamentos recetados, autorizo a una enfermera de la escuela de 489 USD para el intercambio de información con el prescriptor y la farmacia identificado en la etiqueta colocada de la farmacia.

Fecha

firma del padre o tutor