

VALDERS AREA SCHOOL DISTRICT
Formulario de autorización de medicamentos

Nombre del/de la Estudiante _____

Fecha de Nacimiento _____

Grado _____

Nombre de Padre o Madre/Tutor _____

Número de teléfono _____

Número de celular/Trabajo _____

El Distrito Escolar del Área De Valders **se require** tener consentimiento por escrito de los padres o tutor legal para **cualquier medicamento** que debe ser administrado por el personal del distrito escolar. Los medicamentos recetados requieren las instrucciones y la firma del médico. Esta orden es válida solo para el año escolar 20____ - 20____ incluida la sesión de verano.

PADRES

Solicito que mi hijo reciba el siguiente medicamento administrado por personal escolar debidamente capacitado según lo autorizado por mí (y mi médico, si el medicamento es recetado). Un miembro del personal profesional que atiende a la escuela puede comunicarle al médico preguntas / inquietudes específicas.

| Nombre de Droga | Dosis | Hora de Administrar | Medio de Dar | Duración |
|-----------------|-------|---------------------|--------------|----------|
| | | | | |

Además, acepto que el Distrito Escolar del Área de Valders y todos los empleados no sean responsables de ninguna y todas las reclamaciones que surjan de la administración de este medicamento en la escuela. Estoy de acuerdo en notificar a la escuela por escrito sobre la terminación de esta solicitud o de cualquier cambio en la medicación.

*** Los medicamentos deben ser transportados a la escuela por el padre / tutor. De acuerdo con la política de la escuela y el DPI, todos los medicamentos recetados deben estar en una botella de farmacia debidamente etiquetada y los medicamentos de venta libre deben estar en sus envases originales.**

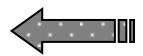
Firma de Padre o Madre / Tutor _____

Fecha _____

Atención: Cualquier cambio en la medicación requerirá un nuevo formulario. **Para los medicamentos de un año, el consentimiento para administrarlos vence al final de cada año escolar.** ****Se requiere que los padres recojan todos los medicamentos en la escuela cuando se suspenden o al final del año escolar. La medicación que quede 3 semanas después de este tiempo se desechará correctamente.****



ATENCIÓN PADRES/TUTOR: Lo siguiente debe ser completado por el médico del/de la estudiante antes de dispensar el medicamento recetado en la escuela.



PHYSICIAN: (for prescription drugs only)

Prescribing Physician _____ MD Phone _____ MD Fax _____

The following is to be completed by the child's physician prior to administration at school.

| Medication | Dosage | Time | Route | Duration of Medication |
|------------|--------|------|-------|------------------------|
| | | | | |

- Is this medication a PRN drug? _____ YES _____ NO
- Under what conditions or schedule the drug should be given and repeated: _____

- Side effects (expected or predicted): _____
- Purpose of the medication: _____

CONTINUES ON BACK SIDE

SELF CARRY/SELF ADMINISTRATION OF EMERGENCY MEDICATION AUTHORIZATION

Self carry/self administration of **emergency** medication may be authorized by the prescriber if approved by the school nurse.

| | |
|---|--|
| <p>PRESCRIBING PHYSICIAN Prescriber's authorization for self-carry/self-administration of emergency medication (initial): _____ yes _____ no</p> <hr/> <p>Signature of Prescribing Physician Date</p> | <p>SCHOOL NURSE Approved by School Nurse for self-carry/self-administration of emergency medication (initial): _____ yes _____ no</p> <hr/> <p>Reviewed by School Nurse (sign and date) Date</p> |
|---|--|