

Forma de Autorización del Medicamentos del Condado de Sheboygan

Nota: Cada medicamento requiere una forma separada

Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____

Escuela _____ Grado _____ Maestro/Salón _____

Medicamento _____ Dosis _____

Modo/Ruta de Administración _____ Frecuencia _____ Duración _____

(Incluye Escuela de Verano, pero no excede el año escolar actual)

Hora(s) que se Debe Dar _____ Fecha que Inicia _____ Fecha que Acaba _____

Posibles Reacciones Adversas _____

Si PRN (como sea necesario), indique bajo que condiciones debe el personal escolar administrar el medicamento

Ejemplos: dolor de cabeza, calentura, dolor, tos, etc.... _____

El estudiante **puede** _____ **no puede** _____ cargar y/o auto administrar el medicamento en la escuela.

Por la presente le doy permiso al personal designado, por el director o enfermera escolar, para dar este medicamento a mi hijo de acuerdo a las instrucciones indicadas. También autorizo al personal escolar designado en administrar el medicamento o comunicarse con el medico o conmigo si hay una pregunta sobre la administración del mismo. Estoy de acuerdo de avisarle a la escuela cuando el medicamento se debe de discontinuar y/o cuando cambie la dosis o la hora de su administración. Entiendo que si se resume de nuevo el medicamento, se requiere una forma de administración nueva. Entiendo que cualquier porción del medicamento que no se use será adecuadamente desechada dentro de 10 días si no se reclama a partir de la discontinuación del medicamento. No se enviara ningún medicamento a casa con el estudiante. Estoy de acuerdo en mantener al Distrito Escolar, sus empleados y agentes, excluyendo a los profesionales de salud, que están actuando debidamente dentro de sus funciones, libres de cualquier y todo reclamo derivado de la administración del medicamento en la escuela.

(Firma del Padre/Guardián)

Teléfono de Casa _____

Teléfono del Trabajo _____

Fecha: _____

Un Medico Debe Completar Esta Parte si el Medicamento Requiere Receta/Physician Completes if Medication is Prescribed:

I acknowledge by my signature on this document that I will assist and advise designated school personnel with regard to the administration of medication described below, which includes accepting direct communication. I further acknowledge that all instructions should be stated in language of the lay person. I further understand that if the student is allowed to self-administer medication that proper instruction has been given.

Diagnosis/Reason for Medication _____

Medication _____ Dose _____

Route/Mode of Administration _____ Frequency _____ Duration _____

(Incluye Escuela de Verano, pero no excede el año escolar actual)

Times to be given _____ Start Date _____ Stop Date _____

Special Instructions for Administration _____

Potential Adverse Reactions _____

(If noted, school personnel should contact parent/guardian/or physician)

Request that school nurse see student in follow-up for: _____

Student **may** _____ or **may not** _____ carry and/or self-administer medications at school.

(Practitioner Signature)

(Phone Number)

(Practitioner Name)

(Practitioner Address)

FORMA DE AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTO DEL ESTUDIANTE DEL CONDADO DE SHEBOYGAN

Estimado Padre o Guardián:

Los medicamentos deben ser administrados a los estudiantes en casa por sus padres/guardianes siempre que les sea posible. En el evento que no les sea posible, se debe dar el consentimiento apropiado al personal escolar designado para administrar el medicamento. **Cada medicamento requiere una forma de autorización separada.**

Para Medicamentos sin Receta (Aprovado por la FDA):

La autorización por escrito de los padres/guardián es requerida.

Para Medicamentos con Receta (y Medicamentos No-Aprovados por la FDA)::

Se requiere la autorización por escrito de los padres/guardianes y del medico.

Ningún medicamento será administrado por el personal escolar o sus agentes hasta que las formas de consentimiento estén completas y archivadas en la escuela. Formas de autorización y administración del medicamento serán mantenidas y guardadas confidencialmente como es requerido por el estatuto de Wis. 118.29(4).

Todo medicamento debe ser guardado en su envase original con el nombre del estudiante, dosis correcta, la hora y cantidad que se debe administrar. Toda receta debe estar en su envase original marcado en la farmacia. Todo medicamento será guardado seguramente en un gabinete con llave o área para guardar, solo accesible a los que tienen autoridad de administrar medicamentos a los estudiantes.

Los padres son responsables de traer el medicamento a la escuela y de recoger el medicamento no usado dentro de 10 días después que sea discontinuado dicho medicamento. No se permite que los estudiantes transporten su medicamento de la escuela. El personal escolar que administra medicamentos a los estudiantes deben haber recibido orientación y entrenamiento. Las sustancias, que no están aprobadas por la FDA (es decir, productos naturales, suplementos alimenticios), requerirán instrucción escrita de un médico y el consentimiento por escrito del padre. Sólo se pueden administrar medicamentos sin receta que sean proporcionados por el padre o tutor en el paquete original del fabricante que enumera los ingredientes y la dosis en un formato legible. Para la seguridad y protección de todos los estudiantes, el Distrito se reserva el derecho de rechazar la administración de un medicamento complementario y/o alternativo, que no este no bajo la regulación de la FDA, incluso con una firma de receta, si el uso del producto crea una exposición un aroma y/o una implicación de seguridad para otras personas dentro del entorno escolar.

Los estudiantes que se administran medicamentos a si mismo, también deben tener una forma de autorización archivada en la escuela. Se recomienda que los estudiantes no traigan más de una semana en cantidad de medicinas.

De acuerdo a las normas de práctica de enfermería, la enfermera escolar puede rehusar administrar o permitir que se administre un medicamento, que, basado en su evaluación o juicio profesional, tiene el potencial de ser peligroso, dañino o inapropiado. En estos casos, la enfermera escolar avisara a los padres/guardián y al medico o farmacéutico licenciado que la receto y la razón por el rehusó. Bajo el estatuto de Wis. 118.29(2)(a)(3), cualquier persona autorizada en administrar medicamento recetado o sin receta a un estudiante, excluyendo enfermeras, están inmune de cualquier responsabilidad civil a menos que el acto o omisión constituya un grado muy alto de negligencia.

Forma de consentimiento al lado reverso