



Oak Ridge
SCHOOLS

Formato de Autorización de Administración de Medicamento

Este formato es únicamente Válido para un ciclo escolar

La siguiente porción deberá de ser llenada por un médico o madre/padre de familia. No se le administrara ningún tipo de medicamento a su hijo(a) hasta que este formato haya sido completado y regresado a la escuela de su hijo(a).

- El medicamento deberá ser entregado a la escuela por un adulto responsable. **Favor de no mandar medicamentos con los alumnos.**
- Todos los medicamentos que requieran receta médica deberán estar en el **frasco etiquetado de la farmacia.** Este frasco deberá tener fecha, nombre del alumno, tipo de dosis, y la frecuencia de la administración de la medicina.
- Los medicamentos que no requieren receta médica deberán estar en el frasco original, no abierto, vigente, con el nombre del alumno y fecha de nacimiento.
- Si surge algún cambio con el medicamento o la dosis durante el ciclo escolar, se le requerirá llenar un nuevo formato junto con un frasco nuevo de medicamento con la etiqueta e información actualizada.
- **Se requiere un formato por cada medicamento.**
- Se requiere la firma del padre, madre o tutor antes de que se pueda asistir al alumno con la administración del medicamento.
- Los medicamentos no utilizados durante el ciclo escolar serán desechados al final del ciclo escolar si no son recogidos por los padres o tutores legales del alumno.

Nombre del Alumno: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____
Alergias: _____

INFORMACION DEL MEDICAMENTO: Medicamento con prescripción Medicamento que no requiere prescripción.

Diagnostico por el cual se requiere medicamento: _____

Nombre del Medicamento: _____ Dosis y vía de administración: _____

Hora de administración y frecuencia: _____ Fecha de inicio: _____ Fecha de termino: _____

Requisitos Especiales de almacenamiento: Ninguno Refrigerado Otro- Si otro- describe: _____

Posibles efectos secundarios y procedimientos para controlarlo: _____

AUTORIZACION MEDICA: Requerida para todos los medicamentos prescritos.

The above-named student is under my medical care and requires this medication to be given at school. The student is both capable and responsible for assisted self-administering this medication.

Student may self-carry this medication (Emergency Meds Only- Inhaler, Epi Pen, Glucagon, Pancreatic Enzymes)

Physician's Signature: _____ Date: _____

Physician's Name (Print): _____ Phone: _____

AUTORIZACION DE PADRE/MADRE TUTOR LEGAL: Requerida para todos los medicamentos.

Reconozco que el alumno mencionado en la parte de arriba es competente para auto administrarse este medicamento con la asistencia de la enfermera de la escuela o personal designado y entrenado. Autorizo comunicación entre la enfermera de la escuela y el medico que prescribe dicho medicamento con el propósito de discutir la administración y el uso de este. Estoy de acuerdo en que el consejo de Educación de Oak Ridge no incurrirá en ninguna responsabilidad y será eximida de cualquier reclamo de lesiones relacionadas con la administración de dicho medicamento. Asumiré toda la responsabilidad por cualquier efecto secundario/complicación que mi estudiante pueda tener como resultado de tomar este medicamento.

Firma de padre, madre o tutor: _____ Fecha: _____

Nombre de padre, madre o tutor: _____ Tel: _____

School Staff Only:

Completed form received on _____ by _____ Exp Date of Med: _____
Date Signature