

AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR EL PERSONAL ESCOLAR DESIGNADO

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Año: _____

Doy mi permiso al personal de la escuela para administrar este medicamento, según las instrucciones siguientes: (No se salte ninguna pregunta)

Medicamento:	Fecha de inicio: _____ Fecha de conclusión: _____
Dosis (fuerza/cuánto):	☐ No recetado ☐ Recetado
Frecuencia (qué tan a menudo):	Nombre de la farmacia:
Hora del día para las medicinas en la escuela:	Número de la receta (si corresponde):
Ruta de administración: ☐ Boca ☐ Oído ☐ Ojo ☐ Nariz ☐ Piel	Nombre de quien emitió la receta (si procede):
Motivo de la medicación::	Teléfono de quien emitió la receta (si procede):
Instrucciones especiales:	TODOS LOS MEDICAMENTOS DEBEN ESTAR EN SU ENVASE Y NO ESTAR VENCIDOS, EN SU ENVASE ORIGINAL, CON SU ETIQUETA PRECISA

Entiendo que soy responsable de proporcionar este medicamento y mantener el abastecimiento, según sea necesario. Se debe proporcionar toda la medicación desde su hogar y debe estar en su envase original, con su etiqueta, y en un envase que no haya vencido. Comprendo que soy responsable de notificar a la escuela por escrito si hay cambios en la medicación, y que todas las medicaciones autoadministradas se deben traer y llevar a la escuela y desde la escuela por parte de uno de los padres o tutores legales, o por el estudiante, cuando eso esté permitido. Todos los medicamentos que estén sin utilizar se recogerán el último día de la escuela. Comprendo que cualquier medicamento que se haya dejado en la escuela será desechado. (OAR 581-021-0037)

Firma de los padres o de los tutores (o del estudiante): _____ Fecha: _____

DIRECCIÓN DE LA PERSONA QUE EMITE LA RECETA

(Se requiere la autorización por escrito o con la etiqueta de la farmacia para todos los medicamentos recetados y todos los medicamentos aprobados que no sean de FDA)

- ☐ Yo he recetado la medicación mencionada anteriormente para el estudiante, cuyo nombre aparece en la parte superior de este formulario.
- ☐ Las instrucciones de los padres son precisas
- ☐ Por favor, permita que este estudiante lleve y se administre este medicamento. (El estudiante debe ser capaz, a nivel de desarrollo y de comportamiento de autoadministrarse)
- ☐ Certifico que este medicamento es necesario para que el estudiante permanezca en la escuela
- ☐ Instrucciones especiales, incluyendo las reacciones adversas y la acción requerida: _____

Nombre de la persona que emite la receta (por favor, escribir o poner estampilla)

Nombre de la clínica, Teléfono y dirección

Firma de la persona que emite la receta

Fecha de vigencia

District Nurse Signature: _____

Date Reviewed: _____

Ontario School District

MEDICATION RECEIPT WITH TWO PERSON COUNT

Student Name:	Birth Date:
Medication:	Scheduled Medication Time:

MEDICATION SIGN IN:

DATE	MEDICATION	DOSE	# OF PILLS/MLS RECEIVED	Reason Code/Comments	SCHOOL PERSONEL SIGNATURE	PARENT OR STAFF MEMBER CO-SIGN

MEDICATION SIGN OUT:

DATE	MEDICATION	DOSE	# OF PILLS/MLS RECEIVED	Reason Code/Comments	SCHOOL PERSONEL SIGNATURE	PARENT OR STAFF MEMBER CO-SIGN

Reason Codes:

MR = New medication received from parent or guardian

MG = Medication given/returned to parent or guardian

FT = Field Trip

DC = Medication discontinued or wasted

