

ACUERDO PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS A ESTUDIANTE

El (los) suscrito(s) padre(s) o tutor(es) legal(es) de:

Nombre del estudiante _____ **Fecha de nacimiento** ____/____/____ por este medio solicito(amos) al personal escolar empleado por el Distrito de las Escuelas Públicas de Denver que administre a dicho estudiante la medicación o tratamiento según lo describen las siguientes instrucciones emitidas por el médico que los receta.

De conformidad con las Normas sobre medicación del Distrito Escolar y la orientación sobre Administración de Medicación del Departamento de Educación de Colorado (CDE), que exige como condición del acuerdo para administrar cualquier medicación, que la medicina haya sido recetada por un proveedor de servicios médicos con autoridad para recetar y que haya sido proporcionada por el padre/tutor(es) legal(es) del estudiante con la etiqueta original de la farmacia en el envase que indique el nombre del estudiante, nombre del medicamento, la dosis, la vía, el número u hora(s) de las dosis por día y la fecha en que deberá suspenderse la medicación (si corresponde). Esto se aplica a todas las medicaciones, incluyendo los medicamentos de venta libre y homeopáticos y aceites esenciales. Queda entendido que la medicación se administra únicamente a solicitud y como acomodación para el padre/tutor(es) legal(es) que suscribe(n). El(los) suscrito(s) padre(s)/tutor(es) legal(es) por este medio conviene(n) en exonerar a las Escuelas Públicas de Denver y su personal escolar de cualquier y todo reclamo que pueda(n) tener ahora o en el futuro derivado de la administración, o la falta de administrar, la medicación al estudiante.

Si debe administrarse una medicación por corto plazo (recetada para 14 días o menos), tal como un antibiótico, la etiqueta original de la farmacia puede funcionar como una orden temporal del proveedor de servicios médicos. Este formulario aún será exigido para la firma del padre/tutor legal. Al firmar, el padre/tutor legal conviene en que el personal escolar de las Escuelas Públicas de Denver, incluyendo el Director de Servicios de Enfermería y/o quien éste designe, y la enfermera escolar en la escuela del estudiante, podrán comunicarse con proveedores externos para obtener más información acerca de las necesidades médicas del estudiante. También queda convenido que el proveedor externo tiene permiso para divulgar información confidencial al personal de DPS. Queda entendido que esta información se mantendrá confidencial y solo será utilizada para fines de tomar una decisión acerca de la pertinencia del Plan de Acomodación Médica respecto a las necesidades educativas del estudiante.

***TENGAN PRESENTE QUE:** para que la medicación sea administrada en casa y en la escuela, deben solicitar al farmacéutico un envase separado con la etiqueta exacta que deberá permanecer en la escuela.

***SE ADIERTE:** que es responsabilidad de los padres/tutores legales recoger la medicación del estudiante a la hora de salida del estudiante el último día de clases. Los medicamentos que no sean reclamados se desecharán, de conformidad con la directriz sobre Desechos Médicos y Farmacéuticos del Departamento de Salud Pública y Medioambiente de Colorado.

Firma del padre o tutor legal

mes/día/año

**ORDEN DE MEDICACIÓN FIRMADA POR EL PROVEEDOR DE SERVICIOS
MÉDICOS**

Este formulario debe ser llenado para cualquier medicación que un estudiante pueda necesitar tomar durante el horario escolar. Tengan presente que cualquier medicamento, incluyendo las muestras, debe tener una etiqueta de medicación para su administración en la escuela.

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Nombre de la medicación/tratamiento (uno por formulario) _____ Dosis: _____

Vía: _____ Frecuencia: _____ Horas de administración en la escuela: _____

Fecha de inicio: ____/____/____ Fecha de terminación: ____/____/____ o hasta el fin del año escolar

Propósito de la medicación: _____ Alergias: _____

Posibles efectos secundarios: _____

Tel.: _____ Fax: _____

(Letra de imprenta) Nombre del médico que receta el medicamento

Fecha: ____/____/____ Nombre de la clínica: _____

Firma del médico que receta

(Letra de imprenta) Nombre de la enfermera de la escuela: _____ Firma de la enfermera escolar _____ Fecha: ____/____/____

***La firma de la enfermera de la escuela indica que la enfermera escolar ha revisado la medicación y las indicaciones para su administración**
Servicios de Salud de DPS