

Escuelas de Condado de Newton
Autorización Para Administrar Medicamentos Recetados en la Escuela
(Período de Tiempo Prolongado)

Si puede administrar los medicamentos en el hogar o después del horario escolar, por favor hágalo. Sin embargo, si se debe administrar el medicamento durante el horario escolar, se debe completar este formulario. Llene una página por cada medicamento.

Nombre del estudiante: _____

Maestro: _____ **Grado:** _____

Solicito que la escuela _____, a través del director, la enfermera o la persona designada, supervise/ayude a administrar la medicación a mi estudiante de acuerdo con las instrucciones que se detallan a continuación.

Entiendo que:

- Los medicamentos deben estar en el envase original etiquetado (sin bolsas, papel de aluminio, etc.). Los farmacéuticos pueden proporcionar un contenedor etiquetado por duplicado solo con las dosis escolares.
- El padre/tutor debe proporcionar instrucciones específicas, así como el medicamento y equipo relacionado al director o al personal de la clínica.
- Será responsabilidad del padre/tutor informar a la escuela de cualquier cambio. No se administrarán nuevos medicamentos ni nuevas dosis a menos que se llene un nuevo formulario y se proporcione un contenedor recién etiquetado.
- Todos los medicamentos serán entregados directamente a la oficina/clínica por los padres.
- Los medicamentos no utilizados se desecharán a menos que se recojan dentro de una semana después de que la medicación sea descontinuada.

Nombre del medicamento: _____

Dosis: _____ **Vía de Administración (oral, tópica, etc.):** _____

Horario(s) para Administrarse: _____ **Suspender el Medicamento en esta Fecha:** _____

Nombre del Médico: _____ **Teléfono del Médico:** _____

Por la presente autorizo al personal, empleados y funcionarios del Distrito Escolar del Condado de Newton para ayudar a mi estudiante a tomar los medicamentos recetados de acuerdo con la política del distrito y los libero de cualquier responsabilidad por la administración de este medicamento. Entiendo que, en caso de cambio de medicamento, yo soy responsable de presentar un nuevo formulario de solicitud.

Firma del Padre/Tutor Legal

Fecha

Condición de Salud por la que se Requiere el Medicamento: _____

Posibles Efectos secundarios, si los hay: _____

Firma del Medico

Fecha

