

**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**

