AUTORIZACIÓN PARA LA TOMA DE MEDICAMENTOS DURANTE EL HORARIO ESCOLAR

TENGA EN CUENTA **:** Los medicamentos deben ser traídos a la escuela por un padre/tutor. Los estudiantes no pueden llevar consigo medicamentos a la escuela, a menos que se trate de un medicamento de rescate de emergencia que deba permanecer con el estudiante en todo momento y que esté indicado por el médico que lo recetó. Los medicamentos recetados deben estar en un frasco debidamente etiquetado con el nombre del estudiante, el nombre y el número de teléfono de la farmacia, la fecha (dentro del año escolar actual), el nombre del médico que recetó, el nombre del medicamento, la dosis y la frecuencia en la etiqueta de la farmacia. Los medicamentos de venta libre deben estar en el envase original del fabricante, sin abrir, que incluya la lista de ingredientes. Los medicamentos deben ser recogidos por un padre/tutor al final del año escolar o serán desechados.

La siguiente sección deberá ser completada por el PADRE/TUTOR:

Escuela:	**Nombre del estudiante:**	**Fecha de nacimiento:**

Solicito que mi hijo/a reciba asistencia para tomar los medicamentos que se describen a continuación en la escuela por parte de personas legalmente autorizadas, o que se le permita medicarse por sí mismo/a, según lo autorice también su médico. Autorizo al personal escolar a contactar a su médico. Entiendo que, en caso de una emergencia de salud o seguridad con mi hijo/a, las autoridades escolares podrán compartir información médica confidencial con las autoridades de salud, seguridad o bienestar correspondientes. Asumiré toda responsabilidad y exoneraré a CMCSS y a su personal de cualquier reclamación legal derivada de la medicación tomada en la escuela.

_____ _____ _____ (____)_____

Fecha **Nombre del padre/tutor** **Firma del padre/tutor** **Teléfono de emergencia**

APROBACIÓN DE LOS PADRES PARA EL AUTOPORTE/AUTOADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS DE RESCATE DE EMERGENCIA SOLAMENTE (autoinyector de epinefrina, inhalador para el alivio del asma)

El proveedor debe indicarlo a continuación y los privilegios de porte personal pueden revocarse si la enfermera de la escuela determina que está haciendo mal uso del medicamento, compartiéndolo o se le encuentra incapaz de administrarlo adecuadamente.

Iniciales del padre/madre solo para medicación de rescate de emergencia: **Sí** **No** solicito que se le

La siguiente sección debe ser completada por el MÉDICO para medicamentos recetados o por el PADRE/TUTOR para medicamentos de venta libre.

Nombre de medicamento:

Diagnóstico para el cual se prescribe el medicamento:

Vía:	**Dosis:**

Si se debe administrar la medicación diariamente, ¿a qué hora? (considere un cronograma de dosificación alternativo para minimizar la medicación en la escuela)

Si se debe administrar medicación "cuando sea necesario", describa las indicaciones:

¿Qué tan pronto podrá repetirse?	**¿Duración del tratamiento recomendada?** **___Año escolar actual ___Otro:_____**

Enumere los efectos secundarios significativos:

El proveedor debe inicializar sí o no para cada uno de los siguientes medicamentos de rescate de emergencia únicamente*: (autoinyector de epinefrina, inhalador para el alivio del asma)*

¿Se le permite al estudiante llevar y autoadministrarse medicamentos de rescate de emergencia? __ **Sí** ___ **No** ¿Se le ha instruido al estudiante sobre la autoadministración de la medicación de rescate prescrita? __ **Sí** ___ **No**

Fecha **Firma del médico**

Nombre, dirección y teléfono del médico: