CLARKSVILLE-MONTGOMERY COUNTY SCHOOL SYSTEM

NOTIFICACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA CONVULSIONES DE EMERGENCIA ADMINISTRADOS POR LOS PADRES FUERA DEL HORARIO ESCOLAR

1) De conformidad con la TCA, Sección 49–5-415, subsección (g): y las Directrices del Departamento de Salud y del Departamento de Educación del Estado de Tennessee, es responsabilidad del padre/tutor del estudiante notificar a la enfermera de la escuela y/o al administrador de la escuela por escrito sobre la administración de cualquier medicamento de emergencia anticonvulsivo o cualquier medicamento que no esté en el horario regular de medicación. Esto es porque **los medicamentos de emergencia para las convulsiones no deben administrarse más de una vez en un período de tiempo específico, según el medicamento.** Los medicamentos nuevos o de venta libre también pueden cambiar el funcionamiento de los medicamentos habituales del niño.

2) El sistema escolar no se hace responsable de las reacciones adversas que tenga un estudiante, pero especialmente cuando el conocimiento de nuevos medicamentos o medicamentos de emergencia que se administran en casa no se comparten con el/la enfermero/a de la escuela o el administrador de la escuela el primer día que el estudiante regresa a la escuela después de la administración de medicamentos en el hogar.

3) Este formulario debe ser completado por el padre o tutor para registrar cuándo se administran estos medicamentos de emergencia para las convulsiones fuera del horario escolar y devolver al enfermero/a de la escuela. El padre/tutor proporcionará la siguiente información:

*Si se administra más de un medicamento, utilice un formulario nuevo para cada uno. *

¿El medicamento es un medicamento recetado? ___ SI ____NO
¿Es el medicamento un medicamento de venta libre o un suplemento a base de hierbas? ___ SI ____NO
Nombre del medicamento: _____
Cantidad de medicamento administrado: _____
Hora y fecha de la administración del medicamento: _____
La vía de administración: _____
La razón por la cual fue administrada el medicamento: _____
¿El estudiante ha tomado este medicamento antes? ___ SI ____NO
¿Se le administró el medicamento más de una (1) vez? ___ SI ____NO
En caso afirmativo, explique el plazo para la administración y por qué se le dio más de una vez.
_____

Firma del padre: _____ Fecha: _____

For School Use Only
School Personnel receiving form: _____ Date: _____
Position/Title: _____ Total # of Forms: _____