

Escuela/Grado _____

Solicitud y Autorización de Medicamentos Maestro _____

ID # _____

Nombre del Estudiante: _____ Alérgico a Medicamento: No Sí

Medicamento: _____ Fecha de Vencimiento: _____

Dosis: _____ Vía de Administración: (encierre en un círculo) Oral Inhalación Aplicación en la Piel Otra _____

Hora de Administración: _____ Días de Administración _____

Razón del medicamento: _____

Instrucciones especiales: _____

 El estudiante puede tomar una dosis del medicamento en la mañana, si se olvida en la casa, mediante el permiso del padre con llamada telefónica.¿Es la dosis inicial de un nuevo medicamento? No Sí

- Por la seguridad del estudiante todos los medicamentos deben ser llevados a la clínica por el padre. Las sustancias controladas deben ser llevadas a la clínica por el padre.
- Todos los medicamentos deben estar en su recipiente original (caja o botella) con las instrucciones claramente impresas en tal recipiente. No se aceptarán medicamentos en bolsitas ni medicamentos en embases que no tengan información sobre la administración y los efectos secundarios. Allen ISD no provee ningún tipo de medicamento. No se permiten medicamentos vencidos.
- Se solicita un permiso individual por cada medicamento. La autorización del medicamento tiene una duración de un año lectivo.
- No se podrá administrar aspirina o productos que contengan aspirina sin la orden de un médico.
- Se aceptan medicamentos de muestra sólo con una orden escrita de un médico.
- Los inhaladores deben tener una etiqueta de prescripción en el inhalador o la caja.
- Desecharemos todos los medicamentos que no se recojan el último día de clases.
- Los empleados autorizados por el distrito pueden administrar los medicamentos en caso de ausencia de la enfermera.
- Se puede solicitar la orden escrita de un médico si un medicamento sin receta se debe administrar más de 3 veces por semana de clases.
- Sólo se administrarán los medicamentos incluyendo medicamentos homeopáticos, suplementos dietéticos y suplementos herbales de acuerdo con las Políticas de la Junta FFAC (LEGAL) y FFAC (LOCAL) de Allen ISD.

Mediante mi firma, yo afirmo que es imposible programar el medicamento arriba mencionado en otro momento diferente al de las horas de clase. Yo solicito que este medicamento sea administrado por un empleado de la escuela. Estoy de acuerdo con que no responsabilizaré a Allen ISD, Junta de Directivos y/o empleados del Distrito por daños o lesiones causadas por la administración de este medicamento (con o sin receta/ homeopática), suplemento dietético y/o herbal. Doy consentimiento al designado del Distrito, incluyendo a los profesionales médicos del Distrito para compartir/obtener información médica de mi estudiante con el profesional médico o el proveedor de servicios médicos abajo identificado, para planear, implementar o clarificar las acciones necesarias en la administración de servicios médicos relacionados con la escuela tales como pero sin limitarse a: atención en caso de emergencia, atención por cualquier diagnóstico documentado, tratamientos médicos tal y como se expresan en el Plan Médico Individual del Estudiante (IHP), plan 504, Plan de Educación Individual (IEP) u otro formulario AISD que solicite servicios de atención médica en la escuela. Los servicios de enfermería de la escuela aquí solicitados y autorizados necesitan mi firma.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Número de Teléfono: _____ Email: _____

Proveedor de Atención Médica del Estudiante: _____ Teléfono: _____

Firma del Médico: _____ Fecha: _____