



HEALTH SERVICES

Prosper Independent School District

Petición de los Padre y/o Doctor para La Administración de Medicamentos por El Personal de la Escuela

SY ____-____

Fecha: _____ Escuela: _____ Maestra/Grado: _____

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Medicamento: _____ Fecha de Vencimiento: _____ Dosis: _____

El método de administración: por la boca inhalación tópico ojo(s) oído(s) nasal inyección (círculo: IM SQ IV) rectal GT/JT

Horas para dárselo: _____ Fecha en que debe terminar: _____

El medicamento es requerido por: _____

¿Ha tomado su hijo(a) este medicamento antes? SÍ NO

Alergias medicamentosas: No alergias medicamentosas conocidas Alergia: _____

Instrucciones Especiales/Precauciones/Efectos Secundarios del medicamento: _____

Nota: La Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. No prueba ni regula las sustancias a base de hierbas y los suplementos dietéticos para garantizar su seguridad o eficacia. La falta de información de seguridad limita su uso apropiado en la escuela. Estos medicamentos no se administrarán a menos que se haya determinado que son necesarios desde el punto de vista educativo como parte del plan de educación individualizado del estudiante o del plan de la Sección 504 y acompañados de una receta médica.

Es imposible programar el medicamento mencionado anteriormente en un horario distinto al horario escolar. Mi firma abajo indica que solicito que el personal de PISD administre el medicamento especificado anteriormente a mi hijo, y estoy dando permiso para que el personal de PISD se comunique con el médico para obtener información adicional sobre este medicamento, si es necesario. Entiendo que para los medicamentos recetados, solo se aceptará un suministro de 30 días a la vez. El padre / tutor debe recoger los medicamentos no utilizados, discontinuados o caducados. Entiendo que los medicamentos no recogidos se desecharán al final o durante el año escolar o dentro de las dos semanas posteriores a la suspensión.

Firma de un Padre o Guardián: _____

Teléfono del Guardián Durante el Día: (____) _____ - _____ Celular: (____) _____ - _____

Nombre del Doctor: _____ Teléfono: (____) _____ - _____

* Los medicamentos sin receta provistos por los padres de la lista aprobada por el distrito pueden administrarse hasta 10 veces durante el año escolar (y no más de 5 días escolares consecutivos) sin la firma del médico. Se requiere la firma de un médico para todos los demás medicamentos sin receta que deban conservarse en la escuela durante más de 10 días escolares a partir de la fecha de la solicitud original. Los medicamentos con una etiqueta de farmacia impresa para el estudiante NO requieren la firma del médico a continuación.

* Firma del Doctor: _____

FOR OFFICE USE ONLY! Entered in Skyward Teacher Notified ____/____

Prescription Medication Count:

Date	# Pills	Counter's Signature	Witness Initials	Date	# Pills	Counter's Signature	Witness Initials

Comments (Indicated by * on back of form):

Date	Comments	Date	RN Review

La medicina regreso a Padre: _____ Fecha: _____
Parent Signature