



Solicitud de los Padres/ Médicos para la Administración de Medicamentos por parte del Personal Escolar

Fecha: _____ **Escuela:** _____ **Maestra/Grado:** _____

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

Medicamento: _____ **Fecha de caducidad del medicamento (MM/AA):** _____

Cantidad a administrar: _____ **Hora(s) de administración:** _____

El método de administración: por la boca inhalación tópico ojo oído nasal inyección rectal GT/JT

Fechas a administrar: Año escolar Otro rango de fechas: _____

¿Por qué razón toma su hijo este medicamento? _____

¿Se prescribe esta medicación para dosis adicionales fuera del horario escolar? SÍ NO

En caso afirmativo, especifique (si no está incluido en la etiqueta de la receta): _____

¿Ha tomado su hijo(a) este medicamento antes? SÍ NO **Alergias medicamentosas:** _____

Instrucciones Especiales/Efectos Secundarios del medicamento: _____

El medicamento arriba mencionado debe ser administrado durante el horario escolar. Mi firma a continuación indica que solicito que el personal del PISD administre este medicamento a mi hijo. Doy permiso para que el personal del PISD se comunique con el proveedor que recetó el medicamento y con la farmacia para obtener información adicional con respecto a este medicamento, si es necesario. Entiendo que para los medicamentos recetados, sólo se aceptará un suministro de 30 días a la vez. Estoy de acuerdo en recoger cualquier medicamento no utilizado, discontinuado o caducado y entiendo que los medicamentos no recogidos serán desechados al final del año escolar o dentro de dos semanas después de que el medicamento caduque o sea discontinuado, lo que ocurra primero.

Firma de un Padre o Guardián: _____ **Teléfono:**(____)____ - _____

Los medicamentos con una etiqueta de farmacia impresa para el estudiante NO requieren la firma del médico a continuación. Además, los medicamentos no recetados proporcionados por los padres de la lista aprobada por el distrito se pueden administrar hasta 10 veces durante un año escolar (y no más de 5 días escolares consecutivos) sin la firma de un médico. Sin embargo, se requiere la firma de un médico (o una orden escrita del médico) para todos los demás medicamentos de venta libre que deban conservarse en la escuela durante más de 10 días escolares a partir de la fecha de la solicitud original, para los medicamentos de venta libre solicitados en una dosis o frecuencia diferente a la indicada en las instrucciones del envase, o para los medicamentos que contengan aspirina.

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

***Firma del Doctor:** _____

FOR OFFICE USE ONLY ----- Initial RN Review _____ Skyward MAR Teacher Notified

Prescription Medication Count:

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

Date	Comments	Date	RN Review