



PERMISO PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTO EN LA ESCUELA

Por parte de la ley del Estado de Colorado, se requiere que Distritos Escolares tengan una forma de autorizacion firmada por el padre y el medico del estudiante, la cual otorga permiso a la escuela para administrar medicamento al alumno. Para medicamentos sin receta, se necesita el paquete original marcado con el nombre del alumno, dosis y circunstancias para administracion. Para medicamentos recetados, se requiere un paquete original de la farmacia marcado con el nombre del alumno, nombre del medicamento, dosis, time de administracion y nombre del medico.

Por razones de seguridad, los padres deben llevar los medicamentos y / o suministros médicos para todos los estudiantes de K-5 directamente a la oficina o clínica de la escuela. En el caso de que el padre no pueda ir a la escuela, un hermano confiable de 6-12 grado puede traer el medicamento o los suministros. Informe a la clínica si un hermano traerá el medicamento o los suministros.

Si no se sigue este procedimiento, puede que el medicamento se guarde en la oficina y no se administre hasta que el padre identifique el medicamento y verifique la cantidad. Con cualquier cambio de medicamento o dosis, al igual que al comienzo de cada año escolar, se debe completar un permiso nuevo. Si al final del año escolar sobra medicamento, se le entregara solamente al padre del estudiante y dentro de la enfermería. Por lo contrario, la enfermería tendrá que deshacerse del recipiente con el contenido. La norma del distrito aconseja que los medicamentos se administren en el hogar cuando lo sea posible. Lo siguiente debe ser completado por el medico. No olvide firmar la ultima sección.

PARA SER COMPLETADO POR EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

Orden firmada por el proveedor de servicios de salud para que los medicamentos se administren en la escuela

El nombre del niño _____ Fecha de nacimiento _____

Medicacion _____ Dosificacion _____ Hora _____

Ruta de administracion _____

Fecha de inicio _____ Fecha final _____

Proposito de la medicacion _____

Nombre del proveedor de atencion medica _____ Numero de telefono _____

Firma del proveedor de atencion medica _____ Numero de fax _____

Yo autorizo que se administre el medicamento a mi hijo como anteriormente indicado por Medio del medico. Al igual, doy mi autorizacion a la engermera de comunicarse con el medico respect a este medicamento.

Firma del Padre: _____ **Fecha:** _____