



Distrito escolar North Mason

71 E. Campus Drive, Belfair, WA 98528

(360) 277-2300 (360) 277-2320 FAX
Dana Rosenbach, Directora

MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

Con el propósito de que los menores reciban medicamentos mientras están en la escuela o durante actividades escolares, es necesario completar previamente el siguiente formulario (partes A y B) y remitirlo a la escuela. Siempre que sea posible, los medicamentos prescritos deben administrarse antes y/o después de las horas escolares bajo la supervisión de un padre o tutor. El padre/tutor entregará el medicamento en el envase original de la farmacia o en un envase nuevo y sellado si no necesita prescripción médica. El distrito administrará los medicamentos según el procedimiento y las políticas del distrito. **NOTA: Esta solicitud vencerá al finalizar el presente año escolar**

A. PEDIDO DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN DE LA SALUD PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

Solicito que al siguiente estudiante se le administre medicamento en la escuela, ya que existe un motivo de salud válido que lo hace aconsejable, durante el tiempo en que el estudiante esté bajo la supervisión de las autoridades escolares.

Nombre del estudiante _____	Grado _____	Escuela _____
Medicamento que se le administrará _____	Dosis y forma de administración _____	
Afección por la que recibe tratamiento _____	Hora en que se le administrará en la escuela _____	

Fechas inclusivas. Medicamento administrado. Efectos secundarios esperados del medicamento, si los hay. (*¿Qué medidas de emergencia se aplicarán si se producen?*)

(INICIALES DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN DE LA SALUD)

Permiso para llevar y/o administrarse el medicamento por sí mismo : (necesita la autorización de la enfermera del distrito y/o del director.)

*****Este estudiante ha demostrado que puede administrarse correctamente el medicamento***
LOS MEDICAMENTOS CONTROLADOS NO PODRÁN AUTOADMINISTRARSE**

Nombre del proveedor de atención de la salud (en letra de imprenta) de la salud _____	Firma del proveedor de atención _____
Teléfono del proveedor de atención de la salud _____	Fecha _____

B. SOLICITUD DEL PADRE PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTO EN LA ESCUELA:

Solicito que el director u otro miembro designado del personal le administre a mi hijo, _____ el medicamento prescrito por nuestro proveedor de atención de la salud, _____.

EN DÍAS DE MEDIA JORNADA O AL SALIR TEMPRANO (Marque uno) **Sí** deseo que la escuela le administre el medicamento(s) programado .

(INICIALES DEL PADRE)

Permiso para llevar y/o administrarse el medicamento por sí mismo: (necesita la autorización de la enfermera del distrito y/o del director.)

Comprendo que mi firma en este formulario constituye una exención de cualquier responsabilidad ante la administración/autoadministración del medicamento en la escuela. Estoy consciente de que la autoadministración de medicamentos es un privilegio y que es necesario seguir los procedimientos estipulados por el distrito (en la oficina de la escuela hay ejemplares disponibles). En caso de que haya problemas relativos a la seguridad, el administrador de la escuela o la enfermera certificada tiene el derecho de notificarme y de suspender este privilegio salvo que lo ordene la legislación actual.

Firma de padre o tutor

Fecha

Teléfono del trabajo
procede)

Teléfono de la casa

Identificación del patrocinador militar Número (*Si*

Autorización para la autoadministración de la prescripción: _____

(Necesaria para grados K-12)

Director

Fecha

Enfermera de distrito

Fecha

Ver. 10/2012