Community Health Network

# *Solicitud para Administrar Medicamentos al* ***ESTUDIANTE DURANTE EL DÍA EN LA ESCUELA*** *2017-2018*

Si es necesario que un estudiante tome medicamentos o reciba tratamiento durante el día en la escuela, el padre o tutor legal debe completar esta solicitud para mantenerlo en la enfermería de la escuela. Si el medicamento o tratamiento es recetado por el médico, el padre o tutor legal debe presentar una prescripción escrita por parte del médico del jovencito, o el membrete de la farmacia en vigencia, con la solicitud. Es también necesario una orden del médico para las muestras de una prescripción que podía haber sido entregado al estudiante, o para cualquier medicamento sin receta que no es aprobado para jovencitos menores de los doce años de edad.

Todos los medicamentos sin receta deben permanecer en el contenedor original con el nombre y la fecha de nacimiento del estudiante. Se seguirá las instrucciones del membrete para todas las medicinas sin receta a no ser que haya sido prescrita por un médico.

Esta solicitud se mantiene vigente para un año escolar y debe ser renovada anualmente o cuando haya un cambio en el medicamento.

## Autorización del Padre o el Tutor Legal

Solicito que el medicamento descrito a continuación sea administrado a mi hijo(a)/hijo(a) de crianza a las horas especificadas durante el día en la escuela. Yo entregaré a la enfermera el medicamento en su contenedor original o botella de prescripción vigente.

Entiendo que un padre o tutor legal transportará a la escuela, o regresará a la casa, todos los medicamentos para los estudiantes de los grados K-8. Se deben recoger los medicamentos para el último día de clase, o los mismos serán desechados.

☐ Autorizo que mi hijo(a) del grado 9-12 que transporte el resto de cualquier medicamento no administrado a la casa.

Comprendo que se debe completar un formulario separado para cada medicamento.

Además entiendo que este medicamento será administrado a mi hijo(a) sólo por miembros autorizados del personal y será mantenido en un lugar seguro dentro de la clínica escolar.

_____
Nombre del estudiante (Con letra de molde)

Fecha de nacimiento del estudiante: _____/_____/_____
Mes Día Año

_____
Nombre del medicamento

Con prescripción _____ Sin prescripción _____

_____
Número de días para administrador el medicamento

Hora(s) para administrarlo: _____a.m. _____p.m.

_____
Cantidad de medicamento para administrarlo

Lot# o Rx # _____

_____
Próposito/razón del medicamento

¿Requiere refrigeración? Sí_____ No _____

_____
Firma del Padre o Tutor Legal

_____
Fecha

_____
Nombre en letra de molde

_____/_____/_____
Teléfono: Casa Celular / Trabajo