

Permiso para medicamentos AISD/Servicios de Salud Escolar y Ascension Seton

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ N.º de id. del estudiante: _____

Nombre de la escuela: _____ Maestro: _____ Grado: _____

Servicios de Salud Estudiantil del AISD para los niños y el AISD requieren lo siguiente:

- **Deberán enviarse a la escuela solo los medicamentos que sean médicamente necesarios durante el horario escolar para la asistencia del estudiante o que estén por escrito en un IEP.**
- Una orden por escrito de un médico de Estados Unidos, un consentimiento de un padre de familia o tutor legal fechado para el ciclo escolar **ACTUAL** y firmado por el padre de familia, tutor legal u otras personas que tengan autoridad legal sobre el estudiante **Y** los médicos que tengan licencia para la práctica médica en los Estados Unidos y el Estado de Texas.
- Los medicamentos en su recipiente original, etiquetado apropiadamente por un farmacéutico autorizado (nombre del estudiante, nombre del medicamento con la potencia, dosis e instrucciones: vía por la que será administrado, nombre del médico con certificación de Texas que lo prescribe y la fecha actual).
- Los medicamentos sin receta o de venta libre requieren lo anterior (Manual del Estudiante del AISD, FFAC Local).
- Los estudiantes **NO TIENEN PERMITIDO** traer consigo ningún medicamento recetado, de venta libre ni autoadministrárselo, a menos que lo ordene un médico con licencia para ejercer en EE.UU. De acuerdo con la ley, el único medicamento que puede traer consigo un estudiantes con una orden médica o permiso de los padres de familia es un inhalador para el asma, EpiPen e insulina o medicina y suministros para la diabetes.

Por favor, complete lo siguiente:

Nombre y potencia del medicamento (solo un medicamento por página)	Dosis	Horario para administrarlo en la escuela	Cómo se toma (por boca, ojos, oídos, nariz, tubo, sobre la piel, etc.)	Razón o afección médica por la cual se le da medicamento	Fecha de caducidad del medicamento Caduca:	Comentarios adicionales

Fecha en que comenzó con el medicamento: _____ Fecha en que termina con el medicamento: _____ * Válido para el ciclo escolar actual 20 /20

Nombre del médico: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono/Fax _____

(Nota: la primera dosis de cualquier medicamento NO podrá administrarse en la escuela)

¿Ha tomado el estudiante este medicamento anteriormente? Sí _____ No _____

*Sí, fecha y hora en que recibió la última dosis _____

____ Solicito que la medicina mencionada anteriormente se le dé durante el horario escolar como lo ordenó el médico del estudiante.

También solicito que se le dé el medicamento en las excursiones, como se le recetó y con la notificación pertinente de mi parte.

2. Eximo al personal escolar de responsabilidad legal en caso de que se produzcan reacciones adversas al tomar el medicamento.
3. Le notificaré a la escuela de cualquier cambio en el medicamento (cambio de dosis, cambio del horario, etc.).
4. Doy permiso para que el enfermero escolar se comunique con los maestros del estudiante en relación con la afección de salud del estudiante y la acción del medicamento.
5. Doy permiso de que el enfermero escolar consulte con el médico del estudiante mencionado anteriormente con respecto a cualquier pregunta que surja relacionada con el medicamento descrito o la afección médica que se está tratando con el medicamento.
6. Doy permiso de que el personal escolar capacitado administre el medicamento según lo delegue el director.

Nombre del padre de familia o tutor legal con letra de molde: _____ Firma: _____

Fecha: _____ Relación: _____

Reviewed by RN _____ SHA _____ may/ _____ may NOT administer this medication

RN PRINTED Name: _____ RN Signature: _____

*Parent/Guardian/MD notified: (Date/Time) _____