



# AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

AÑO ESCOLAR \_\_\_\_\_

<b>Nombre</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>Grado</b>	<i>Coloque una fotografía del estudiante aquí.</i>
Alergias			

*Nota: Los medicamentos con prescripción facultativa deben estar en sus botellas o cajas originales e incluir la información siguiente: nombre del estudiante, medicamento, dosis, vía, hora de administración y nombre del profesional de salud. Los medicamentos de venta libre deben estar en sus botellas o cajas originales y claramente etiquetados.*

**DECLARACIÓN DEL PADRE O LA MADRE:** Solicito que a mi hijo, mencionado anteriormente, le administren el medicamento que se indica abajo.

- Entiendo que el medicamento debe estar vigente.
- Entiendo que en ausencia de la enfermera escolar, otro miembro entrenado del personal escolar puede administrar el medicamento.
- Entiendo que la enfermera escolar puede comunicarse con un profesional de salud o farmacéuta para preguntar sobre este tratamiento.
- Notificaré a la escuela de inmediato en caso de que haya un cambio de medicamento.
- Entiendo que este medicamento será destruido conforme a los requisitos federales de la Administración para el Control de Drogas (DEA), a menos que yo lo recoja al final del último día escolar del estudiante este año.
- Autorizo a la enfermera escolar a compartir información acerca de la salud de mi hijo con el personal escolar y médico apropiado para la seguridad continua de mi hijo en la escuela.

Firma del padre, madre o tutor	Fecha	Nombre impreso
Número de teléfono del hogar o celular	Número de emergencia	
Otros medicamento que el niño toma en casa		

**DECLARACIÓN DEL PROFESIONAL DE SALUD:** La administración de este medicamento es necesaria durante el horario escolar para mejorar o mantener la salud de este estudiante. La enfermera puede comunicarse conmigo para preguntar sobre este medicamento. El niño mencionado arriba debe recibir este medicamento prescrito por mí para la afección siguiente:

Nombre del medicamento	Dosis	Vía
Hora	Fecha de inicio	Fecha de finalización
Posible efectos secundarios		Instrucciones especiales
Firma del médico que prescribió el medicamento		Fecha
Nombre impreso		Teléfono
Dirección		
Firma de la enfermera escolar		Fecha
Nombre impreso		Escuela

Revisado 4/2024