

Reglas para los Medicamentos en la Escuela

Los estudiantes que necesiten tomar medicamentos durante el horario escolar deben seguir estas reglas:

- **Proporcionar a la enfermera de la escuela un Formulario de Autorización de Medicamentos completo y firmado por el padre/tutor y el proveedor de atención médica.**
- **Se debe completar un nuevo Formulario de Autorización de Medicamentos cada año escolar Y cuando el medicamento o la dosis hayan cambiado.**
- **Todos los medicamentos deben estar en su envase original en que fueron entregados por el proveedor the salud o la farmacia y estar etiquetados con la dosis e intrucciones correctas.**
 - La etiqueta debe coincidir con el Formulario de Autorización de Medicamentos.
 - Los estudiantes que toman medicamentos en la escuela y en el hogar pueden solicitar dos envases etiquetados por separado en la farmacia para dividir las píldoras y para tener algunas en el hogar y la escuela
 - Los estudiantes que usan un inhalador, una pluma de epinefrina u otros medicamentos de emergencia en la escuela pueden solicitar 2 recetas del proveedor de atención médica para tener un suministro en el hogar y la escuela
 - Si se requiere el medicamento espolvoreado y/o triturado, pídale a su proveedor que lo indique en una orden escrita y adjunta a este formulario.
- **El personal de la escuela no le pueden dar medicamentos que se venden sin receta a menos que sea recetado por un proveedor de salud. Se debe completar un Formulario de Autorización para la administración de Medicamento en la Escuela**
 - Los medicamentos que se venden sin receta recetados siguen las mismas pautas que se indicaron anteriormente para los medicamentos recetados. (Medicamentos que se venden sin receta, incluyen analgésicos como Tylenol, medicamentos para la tos, ungüentos.
- **Se recomienda administrar medicamentos a un estudiante en la escuela solo cuando sea absolutamente necesario.** Siempre que sea posible, se sugiere a los padres y al médico a diseñar un horario para administrar medicamentos fuera del horario escolar.
 - Los medicamentos recetados tres veces al día o menos, no necesitan ser administrados en la escuela, a menos que se especifique el tiempo. Los medicamentos deben aministrarse antes y después de escuela o a la hora de acostarse.
 - Los medicamentos recetados para en la mañana deben ser administrados por el padre/tutor antes de venir a la escuela.

Todos los medicamentos no utilizados deben ser recogidos por el padre/tutor el último día de clases (o al finalizar el programa de verano si participa en "Summer Sol") o serán desechados.



AUTORIZACION PARA LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Escuela: _____ Grado: _____

**THIS PORTION TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN
(One medication per form, please)**

Medication is ordered to be given to a student at school only when absolutely necessary. Whenever possible, the parent and physician are urged to design a schedule for giving medication outside of school hours. If this is not possible, it must be understood by the parent that the medication will be dispensed by trained school staff if the school nurse is not present.

NAME OF MEDICATION	DOSAGE	METHOD OF ADMINISTRATION	TIME OF DAY TO BE TAKEN
_____	_____	_____	_____

Reason for medication to be given during school hours: _____

Anticipated action _____

Possible side effects of medication _____

Emergency procedure in case of serious side effects _____

Start date: ____/____/____

End date: ____/____/____ (Not to exceed current school year) **OR** Last day of school (To include summer school class dates)

- At the physician's request, the student may carry on his/her person an Epi-pen or inhaler.
- For emergency situations, the student has been trained and is capable of self-administration.

I request and authorize that the above named student be administered the above identified medication in accordance with the instructions indicated above.

Physician's/Dentist's Signature _____ Name (Print or Type) _____ Date _____

Address _____ Phone Number _____

ESTA SECCION DEBE SER COMPLETADA POR EL PADRE/TUTOR

Yo certifico que soy el padre, tutor legal u otra persona en control legal del estudiante identificado anteriormente y solicito y autorizo a la escuela a administrar el medicamento identificado anteriormente al estudiante identificado anteriormente de acuerdo con la receta o las instrucciones del médico. **Él se entregará a la escuela en el envase original del medicamento. Es la responsabilidad de los padres/tutores de solicitar las órdenes de medicamentos necesarios de un proveedor médico.**

- El estudiante identificado anteriormente he recibido intrucciones de llevar consigo una pluma de Epinefrina o un inhalador para casos de emergencia. Por favor recomiende a su estudiante reportarse con la enfermera para una evaluación adicional

Fecha de la firma _____ firma del Padre/Tutor _____