



Distrito de Escuelas Públicas de Green Bay

Formulario de Autorización para Administrar Medicamento

El formulario debe usarse para un solo medicamento. Todas las partes sobre el medicamento deben completarse antes de que el personal escolar del Distrito pueda administrar el medicamento. El formulario debe completarse por completo, de otro modo se devolverá y no se va a administrar el medicamento.

Estudiante: _____ Escuela: _____

Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____ Nombre de Medicamento: _____

Dosis: _____ Método: (circular uno) Oral Inhalador Nebulizador Inyectable Topico Ojo Oído Otro

Administración:

- Diariamente en las siguientes horas: 1. _____ 2. _____ 3. _____
- Cuando sea necesario de acuerdo a lo siguiente: _____

Fechas en las que administrará: Desde: _____ al: _____

Consentimiento de Padre de familia/Apoderado legal: *Complete para TODOS los medicamentos/procedimientos en la escuela*

- ▶ Yo solicito y autorizo que el personal escolar administre este medicamento o lleve a cabo este procedimiento en la escuela.
- ▶ Yo proveeré el medicamento en el envase original, actualizado y rotulado apropiadamente. (Un envase adicional puede ser solicitado en la farmacia)
- ▶ Si el medicamento es para llevar a una excursión, yo enviaré solamente la cantidad que se necesitará para la duración de la excursión/campamento.
- ▶ Esta autorización dura todo el ciclo escolar, a menos que se indique lo contrario,
- ▶ Yo obtendré la orden del doctor y yo notificaré a la escuela por escrito si hay algún cambio.
- ▶ Yo autorizo a la enfermera escolar para intercambiar verbalmente o por escrito información respecto a mi hijo/a con el doctor de mi hijo/a referente a este medicamento/procedimiento o condición médica por el cual ha sido prescrito.
- ▶ Yo entiendo que todos los medicamentos han de ser transportados por uno de los padres/apoderados legales al llevarlo a la escuela y de regreso al hogar.
- ▶ Yo entiendo que personal escolar sin licencia médica estará administrando el medicamento, llevando a cabo procedimientos, y completando las rutinas de conteo del medicamento.
- ▶ Yo concuerdo en liberar de responsabilidad al Distrito de Escuelas Públicas del Área de Green Bay, sus empleados y agentes quienes estén actuando dentro de los alcances de sus deberes y de cualquier y todo reclamo que surja de la administración de este medicamento en la escuela.
- ▶ Mi firma indica que yo he leído y entendido completamente la información anterior.

INHALADORES PARA EL ASMA: *Este estudiante es capaz de auto administrarse y puede llevar consigo su inhalador*

Circule uno: SÍ o NO

SOLAMENTE PARA INYECCIONES EPI PENS: *Estudiante puede auto administrarse/llevar consigo el epi pen.*

Circule uno: SÍ o NO

EXCURSIONES ESCOLARES: Solamente para estudiantes de secundarias:

Circule uno:

SÍ o NO

Yo he revisado las instrucciones de dosificación y administración de medicamentos con mi hijo/a y doy permiso para que mi hijo/a

lleve consigo y se auto administre este medicamento sin supervisión durante las excursiones (sustancias no controladas).

Yo, el estudiante, acepto asumir la responsabilidad del almacenamiento, manejo y la auto administración seguros de este medicamento según las instrucciones de mis padres y/o médico. No compartiré mis medicamentos ni los administraré a ningún otro estudiante. Entiendo que hacer caso omiso de estas reglas resultará en una violación del código.

Firma de estudiante: _____ Fecha: _____

Firma de padre de familia/apoderado legal: _____ Fecha: _____

Número de teléfono durante el día: _____

Physician Authorization: *Required for all over-the counter medications that exceed the recommended packaging dose, all prescription medications, and all herbal or dietary supplements. Required for treatments or procedures needed to be done at school. The above medication is to be administered during the school day. I understand that medication/treatment will be given by non-medically licensed staff that has been trained to do such. Further written instruction will follow from me if the drug is to be discontinued or the dosage or administration time is changed from these instructions.*

ASTHMA INHALERS: This student is capable of self-administration and may carry inhaler:
or **NO EPI PENS ONLY:** Student may self-carry epi-pen.

Circle: YES

Circle: YES or NO

FIELD TRIPS * I certify that the above named student has been instructed, and may carry
or NO

Circle: YES

and self-administer this prescription medication, supplement on field trips (high school only,
no controlled substances).

Symptoms/Side Effects of Medication:

Health Care Providers Signature (no stamp): _____ Date:

Name of Physician (Printed): _____ NPI Number:

Physician Fax Number: _____ Telephone Number:
