

Solicitud de los padres para la administración de medicamentos por el personal escolar

Esta solicitud es solo para los medicamentos que no se pueden administrar en casa.

Los medicamentos deben ser entregados a la clínica u oficina de la escuela por los padres o tutores del estudiante en su recipiente o frasco original, no sueltos o en una bolsa plástica.

El permiso es válido para el año escolar actual y los medicamentos deben recogerse al final de cada año escolar. El medicamento no se guarda en la escuela en el verano a menos que el estudiante asista a la escuela de verano. Los medicamentos que no se recojan se destruyen al final de cada año escolar.

Favor de utilizar tinta negra o azul al llenar los siguientes espacios:

Escuela: _____ Grado y maestro: _____ / _____

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Recetado por: _____ Núm. de teléfono: _____

Farmacia: _____ Núm. de receta: _____

Alergias del estudiante a medicamentos: _____

Medicamento/concentración: _____ / _____ Fecha de caducidad: _____

Dosis: _____ Frecuencia: _____ Hora: _____

Vía: Oral Inhalado Tópico Ojo Oído Nasal Rectal Inyección: tipo _____

Razón por administrar el medicamento: _____

¿Es esta la primera dosis de un nuevo medicamento para su hijo(a)? Sí No

Efectos colaterales, instrucciones especiales, otra información pertinente: _____

Al estudiante se le puede dar la dosis de medicamento recetada para la mañana si se olvida en casa, siempre y cuando los padres llamen por teléfono y lo autoricen.

Constato que no es posible administrar este medicamento en el hogar y por medio de la presente solicito que el medicamento mencionado anteriormente lo administre un empleado del Mesquite ISD.

Comprendo que el distrito escolar, su Junta Directiva, y sus empleados están exentos de responsabilidad civil por daños y perjuicios que resulten por la administración de este medicamento (Código de Educación de Texas 22.052).

Doy mi permiso para que el enfermero titulado del distrito y el medico que ha recetado los medicamentos clarifiquen o hablen confidencialmente sobre esta receta médica y también hablen sobre la reacción del estudiante al medicamento recetado según se necesite y de acuerdo con las leyes estatales (Ley de Práctica de Enfermería y Ley de Práctica de la Medicina de Texas).

Firma del padre, la madre o tutor: _____ Parentesco: _____

Número telefónico de día: _____

Las muestras médicas, medicamentos sin receta, o instrucciones que difieran de las etiquetas en los frascos o recipientes de medicamentos requieren de una receta médica separada o una firma del médico a continuación.

Firma del médico y nombre en letra de imprenta

Número de teléfono