

Medicamentos / procedimientos Órdenes del médico Año escolar: _____

Para ser Completado por el Prescriptor Legal (Esta orden es válida hasta el final del año escolar y se requieren nuevas órdenes cada año)

Nombre del Alumno: _____ Fecha de
 Nacimiento: _____ Escuela: _____ Teléfono de la
 Escuela/Fax: _____ la Diagnósis: _____

Enumere las alergias a medicamentos u otras alergias conocidas:

***Solo los medicamentos que salvan vidas (Epinefrina o Inhalador de Rescate) se consideran para la automedicación:**

Medicamento	Indicación	Dosis	Efectos Secundarios Potenciales	Comentarios / instrucciones especiales

Medicamento y / o Procedimiento sólo para uso de emergencia: ___ Inhalador de Rescater/ ___ Epi-pen, Auvi-Q

___ Este estudiante ha sido instruido y es competente en el uso apropiado de medicamentos y / equipos (comprende indicaciones, acciones, efectos secundarios, cuándo administrar y cuándo no administrar y cuándo buscar ayuda). A este estudiante se le debe permitir poseer y autoadministrarse los medicamentos y / o procedimientos enumerados en cualquier área de la escuela o en cualquier actividad patrocinada por la escuela en tránsito hacia y desde actividades patrocinadas por la escuela, y antes y después de las actividades escolares en propiedad de la escuela.

Procedimiento Especial: ___ Cateterismo ___ Alimentación por Sonda ___ Otro

La información específica de este estudiante se utilizará para individualizar el Plan de gestión de la

salud del CCSD y el Plan de acción de emergencia que se compartirá según sea necesario para la seguridad de los estudiantes.

Legal Recetador, nombre en letra de imprenta Firma del Recetador Legal Fecha Teléfono / fax

del padre / tutor legal Fecha Teléfono Correo Electrónico

Firma



Automedicación y / o Procedimiento

Permiso del padre / tutor y acuerdo del estudiante

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre de la Escuela _____ Grado _____ Maestro _____

Medicación / Procedimiento:

Consentimiento de los Padres: *Lea y verifique cada declaración, si está de acuerdo. Todos son necesarios para la automedicación/ procedimiento en la escuela.*

Autorizo a mi hijo a poseer y administrarse los medicamentos / procedimientos indicados anteriormente según lo prescrito mientras está en el aula y en cualquier área de la escuela o los terrenos de la escuela, en cualquier actividad patrocinada por la escuela, en tránsito ay de la escuela o actividades patrocinadas por la escuela, y durante las actividades antes o después de la escuela en la propiedad operada por la escuela.

Mi hijo ha recibido instrucciones sobre el uso adecuado de los medicamentos / procedimientos indicados anteriormente.

Mi hijo me ha demostrado que puede administrarse de manera segura los medicamentos / procedimientos indicados anteriormente.

Mi hijo y yo seremos responsables del uso adecuado y el mantenimiento seguro de los medicamentos / equipos.

No responsabilizará al distrito escolar ni a ninguno de sus empleados o agentes si ocurre una lesión relacionada con la autoadministración de medicamentos / procedimientos de mi hijo. Seré responsable de cualquier costo relacionado con cualquier reclamo que ocurra relacionado con la autoadministración de medicamentos / procedimientos de mi hijo.

Entiendo que mi hijo perderá el privilegio de administrarse medicamentos / procedimientos, si un estudiante se pone en peligro a sí mismo oa otro estudiante al hacer un mal uso de los medicamentos / equipo.

Entiendo que mi hijo solo puede administrarse los medicamentos / procedimientos indicados anteriormente. Todos los demás medicamentos deben ser administrados a mi hijo por un empleado de la escuela.

Entiendo que mi hijo debe guardar sus medicamentos en el envase provisto por el farmacéutico o el médico de mi hijo y debe tener el nombre de mi hijo, el nombre y dosis del medicamento y las instrucciones para su uso adecuado.

Firma de los Padres:

Fecha: _____

Medicación / Procedimiento:

Consentimiento del Estudiante: *Lea y verifique cada declaración, si está de acuerdo. Todos son necesarios para la automedicación / procedimiento en la escuela.*

Sé cuándo debo y cuándo no debo tomar el medicamento / realizar el procedimiento mencionado anteriormente.

Conozco los signos y síntomas que pueden significar que no debo tomar los medicamentos.

Conozco los signos y síntomas que pueden significar que debo tomar el medicamento o realizar el procedimiento.

Sé qué cantidad de los medicamentos indicados anteriormente debo tomar.

Sé cómo tomar los medicamentos / realizar los procedimientos indicados anteriormente.

Tomaré los medicamentos / realizaré los procedimientos de la manera que me haya indicado mi proveedor de atención médica.

Mantendré el medicamento en el paquete proporcionado por la farmacia o mi médico.

Guardaré el medicamento y los suministros necesarios para tomar el medicamento o realizar el procedimiento en un lugar seguro.

I will not allow other students to touch or hold my medication(s)/ nor any of the supplies/equipment needed for taking the medication(s)/performing the procedure(s).

No permitiré que otros estudiantes toquen o sostengan mi medicamento / ni ninguno de los suministros / equipos necesarios para tomar el medicamento / realizar el procedimiento.

Entiendo que solo puedo tomar el medicamento / realizar el procedimiento mencionado anteriormente por mi cuenta. Cualquier otro medicamento / procedimiento me lo debe dar un empleado de la escuela.

Firma del

Alumno: _____

Fecha: _____