 **Número Telefónico del Servicio de Salud: 920.541.4800, EXT: 2005 Fax: 920.541.4850**

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PADRE/MÉDICO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS**

|  |
| --- |
| **Nombre del estudiante:** |
| **FDN: Grado:** |
| **Nombre del Padre/Guardián: Número de Contacto:** |
| **Contacto de Emergencia: Número de Emergencia:** |
| **Nombre del Médico:** |
| **Número de Contacto del Médico: Fax:** |

¿Es esta medicación para EMERGENCIA/Episodios eventuales solamente (inhalador, EPI, glucagón? SI NO

¿Es este estudiante capaz de auto administrar/cargar seguramente la medicación? SI NO

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Medicación**  | **Ruta**  | **Dosis**  | **Tiempo**  | **Duración** |
|  |  |  |  |  |

Forma (círculo): Tableta/Cápsula Líquido Inhalador Nebulizador Inyección Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Instrucción para medicación “según sea necesaria”:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cualquier efecto secundario/instrucción adicional:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Por la presente, doy permiso al personal entrenado del Distrito Escolar de Johnson Creek a darle la medicación(s) a mi niño de acuerdo con las direcciones indicadas anteriormente. Yo acepto mantener al Distrito Escolar de Johnson Creek, sus empleados y agentes que actúan en el ejercicio de sus funciones, indemne en cualquiera y todos los reclamos que surjan de la administración de este medicamento en la escuela.
* Yo acepto notificar a la escuela por escrito al finalizar esta solicitud o cuando sea necesario hacer cualquier cambio en la orden anterior.
* Le doy permiso al personal de la escuela, incluido el profesional de salud designado por el distrito, a contactar al médico de mi niño con cualquier consulta con respecto a la administración de la medicación.
* Le doy permiso al personal, incluido el profesional de salud designado por el distrito, a llamarme con cualquier pregunta referente a la administración de la medicación.
* Entiendo que por razones de seguridad y responsabilidad, los medicamentos deben de ser suministrados en su empaque/contenedor originales. Los medicamentos caducados o medicamentos recibidos en cualquier contenedor que no sea el original serán considerados inaceptables para la administración del personal.

**Medicamentos con Y sin receta REQUIEREN firma del padre/guardián**

|  |  |
| --- | --- |
| **Firma del Padre/Guardián:**  | **Fecha:** |

**Al firmar este formulario, y con el propósito de la continuidad de la atención, doy permiso para la transmisión electrónica de este formulario al médico nombrado anteriormente/(oficina) del Distrito Escolar de Johnson Creek.**

**Las recetas médicas REQUIEREN firmas del doctor**

|  |  |
| --- | --- |
| **Firma del Médico:**  | **Fecha:** |
| **Nombre del Médico (letra imprenta)**: |

**Al firmar este formulario, yo, el médico, declaro que he revisado y estoy de acuerdo con el plan para administrar los medicamentos mencionados al estudiante especificado en este formulario.**

**Administración de Medicamentos en la Escuela**

El Distrito Escolar de Johnson Creek sigue una Práctica de Administración de Medicamentos para que el personal entrenado pueda administrar a los estudiantes cualquier medicamento con toda seguridad durante el día escolar. Por favor revise el Manual del Estudiante para ver la práctica en su totalidad. Algunas de las regulaciones más destacadas se nombran a continuación:

* Todos los medicamentos con receta y sin receta entregados a la escuela necesitan estar acompañados de un Formulario de Administración de Medicamentos.
* Todos los medicamentos, con receta y sin receta, serán suministrados por los padres. El Distrito Escolar no distribuye ningún medicamento.
* Todos los medicamentos serán llevados a la escuela por un padre/guardián, no por el estudiante.
* Todos los medicamentos con receta requieren la firma del médico recetante y la firma de los padres, y será mantenida en un armario cerrado con llave en la sala de servicios de salud.
* Todos los medicamentos de venta libre (OTC) requieren firma de los padres, y la administración no excederá a la dosis recomendada en el paquete.
* Todos los medicamentos con receta o de venta libre serán traídos a la escuela en su empaque original de fábrica o en el envase dispensado por la farmacia.
* Todos los medicamentos serán administrados a los estudiantes en la oficina de servicios de salud.
* Todos los medicamentos de emergencia (inhaladores, EPI, glucagón) pueden ser transportados por el estudiante con una directiva declarada y firmada por un médico. Por favor incluya el formulario de administración de medicamentos y los formularios correspondientes al plan de acción para planificación de emergencia.
* Cualquier cambio en el medicamento, cambio en dosis, o discontinuación de un medicamento con receta debe de ser verificado por escrito por el médico recetante.
* Medicamentos caducados no pueden ser dispensados.
* Ningún medicamento será administrado al estudiante sin los formularios adecuados completos y archivados en la oficina de la escuela.