

DISTRITO UNIFICADO ESCOLAR DE KENOSHA NO.1

CRITERIOS PARA DISPENSAR MEDICACIONES

1. Los estudiantes que requieren medicación en la escuela tendrán en su archivo un formulario de “Autorización de Medicamentos” completada antes de la administración de medicamentos.
2. Todas las formas de autorización de medicación serán renovadas anualmente y actualizadas por todos los cambios de medicación, dosis, u hora de administración.
3. Los medicamentos de prescripción deben ser entregados en el envase original y con la etiqueta original de la farmacia. Los medicamentos sin prescripción deben estar en el envase original con el nombre del estudiante y las direcciones.
4. Es la responsabilidad del padre/ Representante legal proporcionar y entregar a la escuela todas los medicamentos autorizados y sustituir todas los medicamentos vencidas. Toda la medicación que no sea reclamada al fin del año escolar será botada en acuerdo con la política del Distrito.
5. El personal de la escuela no proveerá, bajo ninguna circunstancia, ninguna medicación a los estudiantes sin estar de acuerdo con los criterios 1 a 4. El diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad y la prescripción de medicamentos nunca son las responsabilidades de una escuela y no serán practicados por ningún personal escolar.
6. Es la responsabilidad del padre/ representante legal de notificar al personal escolar de la información médica pertinente en referencia a su hijo/a. Los estudiantes con una condición de salud que potencialmente amenaza a la vida pueden ser excluidos de la escuela hasta que la medicación requerida, la forma de autorización de medicación y el entrenamiento de personal estén instalados en la escuela.

DISTRITO UNIFICADO ESCOLAR DE KENOSHA NO. 1

FORMA DE AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS

ESCUELA: _____ TELÉFONO _____ FAX _____

Medicación de Prescripción: Médico a completar Parte A. Padre / representante legal a completar Parte B. Regrese la forma a la escuela. Formularios adicionales están disponibles en la oficina de la escuela.

Medicamento sin Prescripción: Padre/ Representante legal a completar Parte B solamente.

.....
PARTE A – UN MEDICAMENTO POR FORMA

Nota a empleados escolares administrando la medicación como designado por funcionarios escolares para proporcionar el medicamento siguiente al estudiante como dirigido:

Nombre del Estudiante: _____

Medicación: _____

Dosis: _____

Ruta: _____

Tiempo(s) Administrado: _____

Razón por el Medicamento: _____

El estudiante puede llevarse su medicamento por razones de emergencia: Sí No

Dispense el medicamento sobre el: estómago vacío estómago lleno no es aplicable

Direcciones / síntomas adicionales: _____

NOTA: El personal designado de la escuela quienes dispensan la medicación al susodicho estudiante puede llamar en cualquier momento con preguntas o preocupaciones relacionadas con la condición médica y la medicación de este estudiante.

FIRMA DEL DOCTOR: _____ FECHA: ___/___/___

NOMBRE DEL DOCTOR (Letra de molde): _____

DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO: _____ FAX: _____

.....
PARTE B – UN MEDICAMENTO POR FORMA

Por este medio doy mi permiso a empleados escolares designados por funcionarios escolares para que dispensen el medicamento a mi hijo/a según las direcciones siguientes:

Doy mi permiso a autoridades escolares para contactar al doctor de mi hijo/a en referencia a este medicamento. Notificaré a la escuela por escrito a la terminación de esta petición o cuando cualquier cambio de medicamento ocurra.

Nombre del Estudiante: _____ Grado: _____

Nombre del Medicamento: _____

Dosis a dispensar: _____

Cuando debe ser dispensada y con que frecuencia: _____

Razón por el Medicamento: _____

Información Adicional: _____

He leído los Criterios para Dispensar Medicamentos en la escuela en la página 2, y estoy de acuerdo a seguir estos criterios. Todos los medicamentos deben estar dentro un envase correctamente etiquetado.

FIRMA DE PADRE / REPRESENTANTE LEGAL: _____ FECHA: ___/___/___

NÚMERO DE TELÉFONO DURANTE EL DÍA: _____