

**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE KENOSHA**  
**FORMULARIO AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS**

**NOMBRE DE ESCUELA:** \_\_\_\_\_ **TELÉFONO:** \_\_\_\_\_ **FAX:** \_\_\_\_\_

**UN MEDICAMENTO POR FORMULARIO**

**Medicamento recetado:** Proveedor de atención médica para completar. Se requiere la firma del proveedor de atención médica. **La etiqueta de la farmacia debe coincidir con el orden a continuación.** Se requiere la firma del Padre/Tutor.

**Medicamentos Sin Receta:** Padre/Tutor para completar. Se requiere la firma del Padre/Tutor.

La medicación debe administrarse según las indicaciones.

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Medicamento: \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_

Ruta: \_\_\_\_\_

Hora(s) Administrada: \_\_\_\_\_

Razón del  
Medicamento: \_\_\_\_\_

El estudiante puede llevar medicamentos para emergencias (SALVA VIDAS) únicamente \***EPINEFRINA,**

**INHALADOR DE RESCATE, GLUCAGON, INSULINA\***: \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Instrucciones/síntomas adicionales: \_\_\_\_\_

Firma del Proveedor de Atención Médica: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nombre del Proveedor de Atención Médica (Favor de Imprimir): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

NOTA: La firma de Padre/Tutor permite al personal escolar designado dispensar medicamentos al estudiante mencionado anteriormente y comunicarse con el proveedor de atención médica en cualquier momento con preguntas inquietudes relacionadas con la condición médica y la medicación de este estudiante.

Padre/Tutor Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Tutor (Favor de Imprimir): \_\_\_\_\_

Teléfono Durante el Día: \_\_\_\_\_

**CRITERIOS DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS**

**1 Autorización:** Los estudiantes que necesiten medicamentos en la escuela, incluyendo los suplementos de hierbas y vitaminas, proporcionarán un "Formulario de Autorización de Medicamentos" completo. Los medicamentos recetados requieren la firma del proveedor de atención médica y del padre/tutor. Los medicamentos sin receta requieren la firma del padre/tutor. Los padres deben notificar a la escuela cuando se discontinúa el medicamento o cualquier cambio. Se requiere un formulario de autorización de medicación actualizado para todos los cambios en la medicación, la dosis o el tiempo de administración. Todos los formularios de autorización de medicamentos deben renovarse anualmente. Todos los medicamentos no reclamados al final del año escolar se desecharán según la política.

**2 Contenedor:** Toda medicación debe ser suministrada en el envase original. Los medicamentos recetados requieren la etiqueta de la farmacia. Medicamentos sin receta deben estar en el envase original con las instrucciones en el envase incluyendo el nombre del estudiante. Todos los medicamentos se guardarán en un gabinete cerrado con llave.

**3 Entrega a la Escuela:** Es responsabilidad del padre/tutor proporcionar y entregar a la escuela todos los medicamentos autorizados y reemplazar los medicamentos vencidos.