

**ESCUELAS DE LA COMUNIDAD DE NORTH BOONE**

**Autorización para la Administración de Medicamentos**

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Grado \_\_\_\_\_  
Escuela \_\_\_\_\_

**DECLARACION DEL MEDICO**

Por la presente solicito que el estudiante antes mencionado tome el siguiente medicamento, ya que es médicamente necesario durante el horario escolar.

**Este autorización de medicamentos es valido para el año escolar 20\_\_ hasta el 20\_\_.**

Nombre del Medicamento \_\_\_\_\_  
Dosis/vía de administración \_\_\_\_\_  
Hora/Frecuencia de administración \_\_\_\_\_  
Duración (semana, meses, etc.) \_\_\_\_\_  
Diagnóstico que Requiere Medicamento \_\_\_\_\_  
Posibles Efectos Secundarios \_\_\_\_\_  
Otros Medicamentos Usados por el Estudiante \_\_\_\_\_

He instruido al estudiante y padre/guardiánantes mencionado en el uso y la administración de este medicamento. Él/ella entiende la necesidad de informar sobre cualquier efecto secundario inusual.

FIRMA DEL MÉDICO: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Nombre (en letra de molde) \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**SOLICITUD/AUTORIZACION DE LOS PADRES**

Por la presente solicito que la enfermera de la escuela administre o el personal escolar certificado supervise la auto-administración del medicamento recetado antes mencionado a mi hijo. Indemnizo y eximo de responsabilidad al distrito escolar y a sus empleados y funcionarios contra cualquier reclamación, excepto una reclamación basada en una conducta intencional y deliberada, que surja de la auto-administración por parte del estudiante.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**A LOS PADRES/TUTORES DE ESTUDIANTES CON ASMA/ALERGIAS QUE PONE EN RIESGO LA VIDA**

Autorizo al Distrito Escolar y a sus empleados y funcionarios, a permitir que mi hijo o tutelado posca y utilice su medicamento para el asma/EPI Pen (1) mientras esté en la escuela, (2) mientras esté en una actividad patrocinada por la escuela, (3) mientras esté bajo la supervisión del personal escolar, o (4) antes o después de las actividades escolares normales. "Asumo toda la responsabilidad por el uso apropiado del medicamento por parte del estudiante antes mencionado. Entiendo que la distribución a cualquier otro estudiante dará lugar a la suspensión y posible expulsión de mi hijo o tutelado"

FIRMA DEL PADRE/TUTOR: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**SOLO ESCUELA PREPARATORIA (HIGH SCHOOL) (grados 9-12)**

Con una orden escrita del médico y el permiso de los padres archivado en la oficina de la enfermera, los estudiantes pueden llevar su propio medicamento sin receta y autoadministrarse sin ir a la oficina de la enfermera si los padres firman la siguiente declaración. Los estudiantes que necesiten medicamentos para el dolor de forma rutinaria deben consultar a sus padres, a su médico o a la enfermera de la escuela. "Asumo toda la responsabilidad del uso adecuado del medicamento por parte del estudiante antes mencionado y quiero que mi estudiante lleve consigo el medicamento. Entiendo que la distribución a cualquier otro estudiante dará lugar a la suspensión y posible expulsión de mi hijo o tutelado"

FIRMA DEL PADRE/TUTOR: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

## **ESCUELAS DE LA COMUNIDAD DE NORTH BOONE**

### **SERVICIOS DE SALUD DE NORTH BOONE 200**

A: PADRE / TUTOR DE  
DE: LA ENFERMERA DE LA ESCUELA  
RE: POLÍTICA SOBRE LOS MEDICAMENTOS

Nuestra política de medicamentos en la escuela sigue las directrices recomendadas por el Departamento de Salud Pública de Illinois y la Junta de Educación del Estado de Illinois. Establece que la administración de medicamentos a los estudiantes durante el horario escolar regular y durante las actividades relacionadas con la escuela debe desalentarse a menos que sea absolutamente necesario para la salud y el bienestar crítico del estudiante. **Esto incluye tanto los MEDICAMENTOS CON RECETA COMO LOS QUE SE VENDEN SIN RECETA (OTC).**

Sin embargo, bajo ciertas condiciones, puede ser necesario que el estudiante tome medicamentos recetados o sin receta durante el horario escolar. Todos los medicamentos, incluidos los no recetados, que se administren en la escuela deberán ser recetados por un profesional autorizado para ello, según lo exige el estado de salud del estudiante. Esto excluye las órdenes permanentes. La única excepción serían las pastillas para la garganta o para la tos (no caramelos ni líquidos) pueden enviarse a la escuela si un padre las proporciona y escribe una nota solicitando que se permita a su hijo usarlas durante la escuela. Todas las notas deben ser revisadas por la enfermera. Los maestros de primaria guardarán las pastillas para la tos en su escritorio con la nota. Los estudiantes de secundaria(middle) y preparatoria (high school) pueden llevarlas con la nota.

Debe obtenerse una orden por escrito para los medicamentos recetados y no recetados del profesional autorizado del estudiante (definido como un médico autorizado para ejercer la medicina en todas sus ramas, un asistente médico al que su médico supervisor le haya delegado la autoridad para recetar medicamentos, o una enfermera de práctica avanzada que tenga un acuerdo de colaboración por escrito con un médico colaborador). En el caso de la autoadministración y el transporte por cuenta propia del medicamento para el asma, los padres o tutores del alumno deben proporcionar a la escuela la etiqueta de la receta, que debe contener el nombre del medicamento para el asma, la dosis prescrita y el momento o las circunstancias en que debe administrarse el medicamento para el asma. El medicamento debe ser traído a la escuela por un adulto responsable y debe estar en el envase o paquete original, incluyendo toda la información de la receta o del medicamento sin receta. Además de la orden del profesional, deberá obtenerse una solicitud por escrito del padre/tutor en la que se solicite la administración del medicamento durante el horario escolar. Es responsabilidad del padre/tutor asegurarse de que el profesional autorizado, la orden por escrito, la solicitud escrita de los padres y el medicamento sean llevados a la escuela.

**Todos los medicamentos recetados que se envíen a la escuela deben estar debidamente etiquetados con el nombre del alumno, el número de la receta, el nombre del médico, el nombre del medicamento, la vía de administración y/u otras instrucciones, la fecha y resurtido, el nombre, la dirección y el número de teléfono de la farmacia y el nombre o las iniciales del farmacéutico. Todos los medicamentos de venta libre deben estar en el envase o paquete original.**

Todas las recetas de medicamentos de larga duración se renuevan al menos **CADA AÑO ESCOLAR**. Cualquier cambio de dosis del medicamento actual del estudiante debe ir acompañado de una nueva orden médica por escrito.

Al reverso de esta página hay secciones de otorgación de permisos para que los padres/tutores y el médico los completen. Por favor, devuelva el formulario