

Estimados Padres / Tutores:

Nos gustaría informarle a usted las políticas que se han impuesto para asegurar la salud y la seguridad de los niños que necesitan medicinas durante el día escolar.

Nuestro distrito escolar requiere que los siguientes formularios sean archivados en el expediente de salud de su hijo antes de poder administrarle al menor algún medicamento en la escuela:

1. Consentimiento firmado del padre o tutor para dar la medicina. Por favor complete el formulario de consentimiento anexo y hágaselo llegar a la enfermera escolar.
2. Orden médica firmada. El formulario de administración del medicamento por escrito debe ser llevado al prescriptor con licencia de su hijo (médico de su hijo, enfermero, etc.) para ser completado y regresado a la enfermera de la escuela. Esta orden debe renovarse cuando sea necesario y al principio de cada curso académico.

Usted o un adulto autorizado que usted designe debe entregar a la escuela los medicamentos un recipiente etiquetado por el fabricante o por una farmacia. Consulte a su farmacia para proporcionar botellas por separado para la escuela y para el hogar. No se debe enviar a la escuela un suministro de la medicina por más de treinta días.

Cuando el niño necesita que se le administre un medicamento durante el día escolar, actúe rápidamente para seguir estas políticas de manera que podamos empezar a darle la medicina tan pronto como sea posible. Si usted tiene alguna pregunta llame al (978) 454-5411 extensión 4411 o 4422 o 4433 Los formularios pueden ser enviados por fax al (978) 441-5336.

Sinceramente,

Enfermeras de la escuela



## PRÁCTICA DE ENFERMERÍA EN LA ESCUELA

Autorización del padre o tutor para la administración de medicamentos prescritos

Nombre del Alumno: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Padre / Tutor (escriba con letra de molde): \_\_\_\_\_

Teléfono en Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono en el Trabajo: \_\_\_\_\_

Contactos de Emergencia: Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Mi hijo o hija está recibiendo actualmente los siguientes medicamentos (a completar sin violar la confidencialidad): \_\_\_\_\_

Mi hijo o hija padece las siguientes alergias a alimentos y medicamentos: \_\_\_\_\_

Yo otorgo mi consentimiento para que la enfermera o el personal de la escuela designado por la enfermera administren la medicación prescrita por:

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
 Prescriptor con Licencia Nombre del Alumno

Doy permiso a mi hijo o hija a auto administrarse el medicamento, si la enfermera determina que es seguro y apropiado.

Sí  No

Autorizo a enfermera de la escuela a compartir información relevante para la administración del medicamento para la salud y seguridad que se determine apropiado para mi hijo / hija.

*Entiendo que puedo recuperar la medicación en la escuela en cualquier momento; sin embargo, el medicamento será destruido si no es recogido dentro de una semana después de la terminación de la orden o una semana más allá del cierre de la escuela.*

Firma del padre o Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el Alumno: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_