

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 4449 o 4422. Los formularios pueden ser enviados por fax al (978) 441-5399.

Sinceramente,

Enfermeras de la escuela

MEDICATION ORDER FORM

(to be completed by a licensed prescriber)

Name of Student: _____ Date of Birth: _____

Address: _____ Grade: _____
(street) (city/town)

Name of Licensed Prescriber _____ Title: _____

Business Phone: _____ Emergency Phone: _____

Medication: _____

Route of administration: _____ Dosage: _____

Frequency _____ Time(s) of administration _____
(please note: Whenever possible, medication should be scheduled at times other than school hours).

Specific directions or information for administration: _____

Date of order: _____ Discontinuation Date: _____

Diagnosis*: _____

Any other medical condition(s)* _____

Optional Information:

1. Special side effects, contraindications, or possible adverse reactions to be observed: _____
2. Other medications being taken by the student: _____

3. Date of the next scheduled visit or when advised to return to prescriber: _____
4. Consent for self administration (provided the school nurse determines it is safe and appropriate). Yes _____ No _____

Signature of Licensed Prescriber

*if not in violation of confidentiality.

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: _____
