

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DEL ESTADO DE ALABAMA
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA PRESCRIPTORES/PADRES

Año Escolar: _____ - _____

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre del Estudiante: _____ **Escuela:** _____
Fecha de Nacimiento: ____/____/____ **Edad:** _____ **Grado:** _____ **Maestro(a):** _____
 Sin alergia conocida a medicamento – escriba si hay alergia: _____ **Peso:** _____ **Libras**

AUTORIZACIÓN DEL QUE PRESCRIBE (Para ser completado por un proveedor de atención médica autorizado)

Nombre del Medicamento: _____ **Dosis:** _____ **Vía:** _____
Frecuencia/Hora(s) para tomarse: _____ **Comienza:** ____/____/____ **Termina:** ____/____/____

Razón por la que toma el medicamento: _____
 Posibles efectos secundarios/contraindicaciones/reacción adversa: _____
 Tratamiento a seguir en caso de reacción adversa: _____

INSTRUCCIONES ESPECIALES:

¿Es el medicamento una sustancia controlada? Sí No
 ¿Se permite y se recomienda el auto suministro? Sí No
 Si contesta "sí" afirma que este estudiante ha recibido instrucciones sobre la manera debida de automedicarse con medicina recetada.
 ¿Recomienda que el estudiante lleve el medicamento consigo mismo? Sí No
Medicamento de emergencia requerido durante el transporte en autobús Sí No
Glaseado de Gelatina para pastel SÓLO para Estudiantes Diabéticos en el autobús Sí No

Nombre en Letra de Imprenta del Médico Autorizado: _____ **Tel:** () _____ - _____ **Fax:** _____ - _____
Firma del Médico Autorizado: _____ **Fecha:** _____

AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES

Autorizo a la enfermera de la escuela, a la enfermera registrada (RN) o a la enfermera practicante licenciada (LPN) para que administre o delegue al personal de la escuela sin licencia la tarea de ayudar a mi hijo a tomar los medicamentos mencionados anteriormente de acuerdo con las reglas administrativas del código de práctica. Entiendo que serán necesarias declaraciones adicionales firmadas por el padre/prescriptor si se cambia la dosis del medicamento.

Medicamentos Recetados deben estar registrados con la Enfermera Escolar o Asistentes de Medicamentos entrenados. Los medicamentos recetados deben estar debidamente etiquetados con el nombre del estudiante, el nombre del recetador, el nombre del medicamento, la dosis, los intervalos de tiempo, la vía de administración y la fecha de caducidad del medicamento cuando sea apropiado.

Medicamentos de Venta Libre (OTC) deben estar registrados con la Enfermera de la Escuela o el Asistente de Medicamentos Entrenado, OTC en el envase original, sin abrir y sellado. Política de la Agencia de Educación Local para los medicamentos de venta libre que se deben seguir:

Firma del Padre/Tutor: _____ **Fecha:** ____/____/____ **Tel.:** () _____ - _____

AUTORIZACIÓN DE AUTOADMINISTRACIÓN

(Para ser completado SÓLO si el estudiante está autorizado a completar el autocuidado por un proveedor de atención médica autorizado.)

Yo autorizo y recomiendo la automedicación de mi hijo(a) para el medicamento mencionado arriba. También afirmo que él/ella ha sido instruido en la auto-administración apropiada de la medicación prescrita por el médico que lo atiende. Yo indemnizaré y mantendré exenta de responsabilidad a la escuela, a los agentes de la escuela y a la junta local de educación contra cualquier reclamo que pueda surgir en relación con la autoadministración de medicamentos recetados por parte de mi hijo(a).

Firma del Padre: _____ **Fecha:** ____/____/____ **Tel.:** () _____ - _____