



Hays CISD Student Health Services

Escuela: _____ Teléfono: _____ Fax/Enfermera: _____

Autorización para administración de medicamento durante el día escolar **Por personal de la escuela para el año escolar 2019-2020**

Nombre del alumno: _____ Fecha de nacimiento: _____

Identificación del estudiante : _____ Grado: _____ Género: M / F Maestro: _____ Escuela: _____

Doctor del estudiante: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Alérgico a medicamentos: Desconosco que sea alérgico a algún medicamento Alérgico a: _____

Medication: _____ Dose: _____ Route: _____

Time(s) to be administered at school: _____ Dates to be administered: _____ OR Entire School Year

If PRN, describe indication: _____ May repeat PRN dose after: _____

Condition for which the medication is required: _____

Has the child ever taken this medication before? Yes No (All first doses of medication must be administered at home)

Special instructions or known side effects of medication: _____

Parent Authorization

Todo medicamento debe estar en su envase original y debe ser proporcionado por el padre o tutor. Todos los medicamentos se deben quedar en la oficina de la enfermera a menos que el alumno tenga permiso por el médico y enfermera de la escuela a mantenerlo con el/ella. Todos los medicamentos narcóticos deben estar en la oficina de la enfermera a todo momento. Todo los medicamento se administrará según la póliza FFAC de medicamentos. Primeras dosis de medicamentos no se darán en la escuela. No se puede mantener más de 30 días de medicamentos el campo escolar.

Medicamentos de venta libre (OTC) se dan según las instrucciones en la etiqueta original para un máximo de 10 días con el permiso escrito del padre. Si los medicamentos de venta libre (OTC) debe ser dado por más de 10 días o en diferentes dosis que en la etiqueta, un receta de un médico se requiere, además el permiso por escrito del Padre. Todo medicamento requiere la receta y el permiso del padre por escrito.

Autorizo al médico mencionado arriba de liberar información sobre el medicamento que mi hijo/a tomará durante las horas escolares, a servicios de salud de alumnos de Hays CISD. Además, con permiso de mi médico, estoy de acuerdo que mi hijo/a puede auto-med icarse (para incluir los inhaladores, epi-pens, cuidado de la diabetes) en la escuela. Yo doy permiso para fotografías de mi hijo/a para ser utilizado en el registro y medicamento.

Pido que el personal designado del distrito escolar administre la medicación a mi hijo/a, nombrado anteriormente, según las instrucciones escritas del médico y de la enfermera de la escuela de intercambiar información con el médico acerca de medicamentos y la salud relacionados con problemas. Entiendo que es mi responsabilidad como padre de proporcionar un suministro adecuado de este medicamento en su envase original y debidamente etiquetado. Notificaré a la escuela inmediatamente si cambia el estado de salud de mi hijo/a, si cambiamos médicos o el medicamento es modificado o cancelado. Tengo entendido que el personal del distrito escolar protegerá a mi hijo/a y no administrará el medicamento si este formulario no está completo o no se entrega la medicación prescrita.

Padre/Tutor: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Physician Authorization

I verify the above medication information is accurate and needs to be administered during school hours for the student listed.

Student is authorized to self-carry and self-medicate (inhalers, epi-pens, and diabetes care) Yes No

Physician Name: _____ Signature: _____ Date: _____

Received by: _____ Received Date: _____

Entered into EMR by: _____ EMR entry date: _____

EMR medication reconciliation by: _____ Verification date: _____