



Servicios de Salud Estudiantil de Hays CISD

Escuela: _____ Teléfono de la escuela: _____ Fax/Enfermero(a): _____

Autorización para la Administración de Medicamento durante el Horario Escolar por el Personal de la Escuela - Año Escolar 2020-2021

Nombre del alumno: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de ID: _____ Grado: _____ Sexo: M / F Maestro(a): _____

Médico del alumno: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Alergias a medicamentos: Alergia a medicamentos desconocida Alergia a: _____

Medicamento que se solicita administrar en la escuela: _____

¿Ha tomado antes este medicamento mi hijo(a)? Sí No (Todas las primeras dosis de medicamento se deben administrar en casa)

Autorización del Padre/Tutor

Entiendo que todo medicamento(s) debe estar en su envase original y que debe ser proporcionado por el padre/tutor. Todos los medicamentos deben conservarse en la enfermería a menos de que el alumno(a) le hayan autorizado su médico y enfermero(a) para portar sí mismo. Todo medicamento narcótico/con horario debe conservarse en la enfermería. Todo medicamento será administrado de acuerdo con la Política de Medicamentos FFAC. Las primeras dosis del medicamento no se administrarán en la escuela. No debe conservarse en el campus más del suministro de 30 días de medicamento.

Yo autorizo al medico nombrado a continuación para que divulgue información sobre los medicamentos que mi hijo(a) tomará durante el horario escolar, a los Servicios de Salud Estudiantil de Hays CISD. Además, con el permiso de mi medico, estoy de acuerdo pueda auto-medicarse en la escuela (incluyendo inhaladores, epi-pens, cuidados diabéticos). Yo doy permiso de que se tomen fotografías de mi hijo para usarse en la botella del medicamento y en su registro

Yo autorizo al personal designado de Hays CISD que administre el medicamento a mi hijo(a), nombrado arriba, de acuerdo a las instrucciones por escrito del médico y para que el enfermero(a) de la escuela intercambie información con el médico sobre el medicamento y las cuestiones relacionadas con su salud. Yo entiendo que es mi responsabilidad como padre proporcionar un suministro suficiente de este medicamento en el envase original y etiquetado apropiadamente. Notificaré a la escuela inmediatamente si el estado de salud de mi hijo(a) cambia, si cambiamos de médico, o si el medicamento se cambia o cancela. Yo entiendo que el personal de la escuela protegerá a mi hijo(a) al no administrar el medicamento si esta forma no está completa o si el medicamento prescrito no es proporcionado.

Nombre impreso del Padre: _____ Teléfono: _____

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Physician Authorization

Please be sure to provide action plans for seizures, asthma, and severe allergies

Medication Allergies: NKDA Allergic to: _____

Medication: _____ Dose (mg not tablets): _____ 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: _____

Special instructions or known side effects of medication: _____

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: _____

Med Verified by: _____ Date: _____ Entered into EMR