



Hays CISD Student Health Services

Escuela: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Fax: _____

**Por favor
complete y Fax:**

Autorización de medicamento tomado durante el día escolar 2018-2019

Todo medicamentos deben 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 tiene permiso por el médico y enfermera de la escuela a mantenerlo. Todos los medicamentos narcóticos o programación deben estar en la oficina de la enfermera a todo momento. Todos los medicamentos 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 de padre escrito. Si los medicamentos de venta libre (OTC) debe ser dado por más de 10 días o en diferentes dosis que en la etiqueta de la receta de un médico, se requiere además el permiso de padre escrito. Medicamentos requieren la receta y el permiso de padre escrito.

Padres por favor complete la siguiente sección: Escuela: _____ Grado: _____ Maestro: _____

Nombre del alumno: _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono (Casa): _____ Teléfono (Emergencia): _____

Nombre del médico: _____ Teléfono: _____ Fax del médico: _____

Dirección de la oficina del médico: _____

Autorizo al médico mencionado arriba de liberar información sobre medicamento mi hijo/a tomará durante las horas escolares, servicios de salud de alumnos de Hays CISD. Además, con permiso de mi médico, estoy de acuerdo que mi hijo/a puede auto-medicarse (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 por no administrar el medicamento si este formulario no está completo o no se entrega la medicación prescrita.

Firma del Padre / Tutor: _____ **Fecha:** _____

Nombre Impreso _____

Physicians please complete this section and return to the parent or by fax to the number at top.

Diagnosis for which medication is prescribed: _____

Name of medication: _____ Dosage: _____ Route: _____

Time of administration at school: _____

If asthma inhaler and no response to treatment can repeat: _____

If PRN, describe indication: _____

May repeat after? _____

Significant side effects: _____

Medication is to be administered for: _____ Months Semester: Fall Spring Full Year

Student is authorized to self-medicate (includes inhalers, epi-pens, diabetes): Y N

Physician Signature: _____ **Date:** _____