Autorización para administración de medicamentos por parte del personal de la escuela

Nombre del estudiante:_____Fecha de nacimiento:_____Grado: ____

Nombre de la escuela:_____Profesor(a): _____

Autorizo al personal de la escuela a administrar el siguiente medicamento a mi hijo(a) (rellene todas las secciones):

Nombre del medicamento: Dosis/cantidad (por ejemplo, 5 mg, **no** 1 pastilla) Método de administración **(marque una)**: Por: ☐ Boca ☐ Oído ☐ Ojo ☐ Nariz ☐ Piel ☐ Inhalación ☐ Rectal ☐ Intranasal (requiere de capacitación adicional) Hora del día en que se dará en la escuela: Duración: fecha de inicio fecha final Razón para el medicamento:	Marque una: ☐ Recetado - Requiere de orden del médico (vea a continuación[1]) ☐ No recetado – debe cumplir con las normas de dosificación recomendadas por el fabricante, de lo contrario, requerirá de una receta Instrucciones especiales:

****

TODOS LOS MEDICAMENTOS DEBEN ESTAR EN EL ENVASE ORIGINAL MÁS RECIENTE DE LA FARMACIA O DEL FABRICANTE CON UNA ETIQUETA PRECISA Y NO DEBEN ESTAR CADUCADOS. LAS TABLETAS QUE REQUIERAN SER CORTADAS DEBEN SER CORTADAS POR EL PADRE/MADRE/TUTOR O FARMACÉUTICO ANTES DE SER TRAÍDAS A LA ESCUELA. LOS MEDICAMENTOS LÍQUIDOS REQUIEREN UNA CUCHARA/TAZA DOSIFICADORA (DISPONIBLE EN LA FARMACIA). LOS MEDICAMENTOS QUE DEBAN TRITURARSE REQUIEREN UN TRITURADOR DE PASTILLAS (DISPONIBLE EN SU FARMACIA) Y UNA SUSTANCIA EN LA QUE MEZCLAR EL POLVO (QUE DEBERÁ PROPORCIONAR EL PADRE/MADRE/TUTOR).

LAS RECETAS DEBEN SER ESCRITAS POR UN RECETADOR DE OREGON, Y TENER UNA ETIQUETA DE FARMACIA QUE INCLUYA[1]:

- Nombre del estudiante
- Nombre del medicamento
- Dosis
- Horario/frecuencia de administración

_____ _____

Nombre del recetador autorizado de Oregon[1] Número de teléfono

****

Mi firma a continuación confirma mi responsabilidad: proporcionar este medicamento y mantener el suministro según sea necesario; notificar a la escuela por escrito de cualquier cambio en el medicamento o en el recetador; recoger todo el medicamento no utilizado antes del último día de clases (o será destruido). Esta autorización es válida sólo hasta el final del año escolar en curso y se aplica únicamente al medicamento indicado anteriormente. Mi firma a continuación **autoriza el intercambio de información**, según sea necesario, entre la enfermera de la escuela, el personal escolar necesario y el proveedor de atención médica del estudiante.

Firma del padre/madre/tutor/estudiante:_____Fecha: _____

[1] **Requerido por escrito o en la etiqueta de la farmacia para todos los medicamentos con receta según OAR 581-021-0037**