

DISTRITO ESCOLAR COMUNITARIO DE AHSTW  
**PERMISO DE LOS PADRES PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS CON RECETA Y SIN RECETA EN LA ESCUELA**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Medicamento: \_\_\_\_\_

Razon Por medicación: \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_

Momento de administrar la medicación: \_\_\_\_\_

Vía: (circule uno) ORAL INHALADO TÓPICO RECTAL GOTAS SUBCUTÁNEO INTRAMUSCULAR

Nombre del médico/prescriptor: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Instrucciones especiales: \_\_\_\_\_

Solicito que el medicamento recetado sea administrado por un miembro del personal calificado de acuerdo con las instrucciones escritas dadas. Acepto que el personal de la escuela pueda comunicarse con el médico que prescribe según sea necesario y que la información sobre los medicamentos pueda compartirse con el personal de la escuela que necesite saberla. Entiendo que la ley establece que no habrá responsabilidad por daños como resultado de la administración de medicamentos cuando la persona que administra el medicamento actúa como lo haría una persona común y razonablemente prudente en las mismas circunstancias y que el distrito escolar y la enfermera de la escuela deben no incurrir en responsabilidad alguna, salvo negligencia grave, como consecuencia de daños derivados de la administración de medicamentos. Cumpliré con el procedimiento indicado al dorso de este formulario relacionado con la administración de medicamentos en la escuela.

Nombre del padre/tutor: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Hogar # ( ) \_\_\_\_\_ Celúla # ( ) \_\_\_\_\_ Trabajo # ( ) \_\_\_\_\_

***NO SE DARÁ MEDICAMENTO SI HA VENCIDO O TIENE UNA ETIQUETA INCORRECTA. POR FAVOR COMPRUEBE EL ENVASE ANTES DE ENVIARLO A LA ESCUELA.***

**PERMISO PARA ELIMINACIÓN DE MEDICAMENTOS NO UTILIZADOS AL FINAL DEL AÑO ESCOLAR – marque uno.**

\_\_\_\_\_ Recogeré cualquier medicamento no utilizado al final del año escolar.

\_\_\_\_\_ Por favor envíe cualquier medicamento no utilizado a casa con mi hijo. El distrito escolar no será responsable del medicamento una vez que esté en posesión de mi hijo.

\_\_\_\_\_ Deseche cualquier medicamento no utilizado.

\*Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**PERMISO PARA INHALADORES** - La ley de Iowa requiere que los estudiantes que lleven inhaladores durante el día escolar deben tener el consentimiento por escrito de los padres y el consentimiento por escrito del médico recetador con el propósito del medicamento, la dosis, los horarios o las circunstancias especiales bajo las cuales se debe administrar el medicamento. Si su hijo debe llevar consigo su inhalador en todo momento, pídale al médico que complete la información en la parte superior de la página Y que ambos firmen a continuación.

**He instruido al estudiante mencionado anteriormente sobre la manera correcta de usar su inhalador. Mi opinión profesional es que se le debe permitir llevar y usar ese medicamento por sí mismo.**

\* Firma del médico/prescriptor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Solicito que el estudiante mencionado anteriormente lleve y se autoadministre su inhalador durante la escuela y las actividades escolares de acuerdo con la autorización y las instrucciones dadas.

\*Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

DISTRITO ESCOLAR COMUNITARIO DE AHSTW

SOLICITUD PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN LA INFORMACIÓN Y PROCEDIMIENTOS ESCOLARES

Los medicamentos se pueden administrar en la escuela siguiendo las pautas a continuación. Todos los medicamentos deben tomarse antes o después del horario escolar siempre que sea posible. Sin embargo, se entiende que es posible que se requieran ciertos medicamentos durante el día escolar. Estos estudiantes deben tener medicamentos disponibles y administrados de manera que cumpla con la política del distrito escolar.

1. No se administrarán medicamentos recetados a un estudiante en la escuela o durante actividades patrocinadas por la escuela sin una orden escrita del médico/prescriptor. y autorización escrita del padre/tutor (ver portada). Los padres son responsables de obtener la orden del prescriptor.
  - a) **Medicamentos recetados:** Un envase actual con la etiqueta de la farmacia puede servir como orden escrita del médico. Se puede obtener un segundo envase de medicamento etiquetado para uso escolar solicitándolo al farmacéutico.
  - b) **Medicamentos de venta libre o sin receta** se dará con la autorización escrita del padre/tutor (ver portada). Los medicamentos de venta libre o sin receta deben ser proporcionados por el padre/tutor y enviados a la escuela en el envase original del medicamento con el nombre del estudiante adjunto.
2. El padre/tutor es responsable de enviar un nuevo formulario de pedido del médico a la escuela cada vez que haya un cambio de dosis o hora de administración. Las órdenes del médico pueden enviarse por fax a la escuela.

3. Los estudiantes que deben llevar inhaladores o medicamentos de emergencia (EpiPen) durante el día escolar necesitan una orden escrita del médico archivada en la oficina de salud. La orden debe indicar específicamente el propósito del medicamento, la dosis, los horarios en que se debe administrar el medicamento y/o las circunstancias especiales bajo las cuales se debe administrar el medicamento; y que el estudiante debe llevar consigo el medicamento en todo momento.
4. Para garantizar la seguridad de todos los niños, solicitamos que un padre u otro adulto responsable entregue todos los medicamentos a la enfermería. Los medicamentos se guardarán en un área de almacenamiento cerrada con llave, excepto los EpiPens.
5. Si el estudiante trae el medicamento a la escuela, el padre/tutor informará a la enfermera de la escuela la cantidad de tabletas/cápsulas que se traen a la escuela.
6. La primera dosis de cualquier receta nueva es recomendado para ser dado en casa, para que el niño pueda ser observado más de cerca para detectar posibles efectos secundarios y/o reacciones adversas.
7. El padre/tutor es responsable de notificar a la escuela cuando un medicamento ha sido discontinuado o cambiado.
8. El Distrito Escolar Comunitario de AHSTW no asume responsabilidad por medicamentos no recetados por un médico/prescriptor o medicamentos administrados por el propio estudiante.
9. No se continuará ningún medicamento más allá del año escolar en el que se ordenó.
10. Un Plan de Acción actualizado debe acompañar cualquier medicamento de emergencia (inhalador, EpiPen, etc.) para cada año escolar.

*Gracias,*

*Kaleigh Lane RN*

*Enfermera escolar de AHSTW*

Número de teléfono 712-343-6364

Número de fax 712-343-2170

kaleigh.lane@ahstwschools.org