

## Formulario de autorización para la administración de medicamentos

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ # de identificación del estudiante: \_\_\_\_\_

Medicamento y alergias a comidas: \_\_\_\_\_

Otros medicamentos que se toman en casa: \_\_\_\_\_

**Fecha de hoy:** \_\_\_\_\_ **Esta formulario de medicamentos es válido para el ciclo escolar actual: 20\_\_ - 20\_\_**

Los estudiantes en los grados PreK-12 **NO TIENEN PERMITIDO** tener en su posesión medicamentos con o sin receta, o autoadministrarse el medicamento a menos que lo ordene un médico con licencia para ejercer en EE.UU para la diabetes, el asma y la anafilaxis. **De acuerdo con la ley, el único medicamento que puede traer consigo un estudiantes con una orden médica o permiso de los padres de familia es un inhalador para el asma, EpiPen e insulina o medicina y suministros para la diabetes.**

**Servicios de Salud y Enfermería del Austin ISD requiere lo siguiente:**

- **Deberán enviarse a la escuela solo los medicamentos que sean médicamente necesarios durante el horario escolar para la asistencia del estudiante o que estén por escrito en un IEP. La primera dosis de cualquier medicamento NO podrá administrarse en la escuela**
- Una orden por escrito de un médico de Estados Unidos, un consentimiento de un padre de familia o tutor legal fechado para el ciclo escolar **ACTUAL** y firmado por el padre de familia, tutor legal u otras personas que tengan autoridad legal sobre el estudiante **Y** los médicos que tengan licencia para la práctica médica en los Estados Unidos y el Estado de Texas.
- Medication Los medicamentos en su recipiente original, etiquetado apropiadamente por un farmacéutico autorizado (nombre del estudiante, nombre del medicamento con la potencia, dosis e instrucciones: vía por la que será administrado, nombre del médico con certificación de Texas que lo prescribe y la fecha actual).
- Los medicamentos sin receta o de venta libre requieren lo anterior (Manual del Estudiante del AISD, FFAC local).

### INSTRUCCIONES PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Nombre y potencia del medicamento	Dosis	Horario para administrarlo en la escuela	Cómo se toma (por boca, ojos, oídos, nariz, tubo, inhalador, con una crema tópica o inyección)	Afección por la cual se da el medicamento	Fecha de Caducidad del medicamento (mes/año) escrito por:

Instrucciones especiales para medicamentos \_\_\_\_\_

**Todos los medicamentos que no se recojan se desecharán el último día de clases según lo requiere la ley.**

- Solicito autorización para que el Austin ISD le administre a mi niño los medicamentos enumerados en este formulario durante el horario escolar, incluyendo las excursiones, de acuerdo con la etiqueta del medicamento y/o las instrucciones del médico. **Cualquier cambio de medicamento y/o dosis requiere un nueva orden y firma del médico.**
- Libero al personal escolar de responsabilidad en caso de efectos nocivos que puedan ocurrir con la administración de un medicamento.
- Estoy de acuerdo en cumplir con las leyes federales y estatales y con las pautas del Austin ISD relacionadas con medicamentos en el entorno escolar.
- Entiendo que el enfermero escolar puede designar a personal capacitado del Austin ISD para que administre los medicamentos.

**SIGN HERE** →

Nombre del Padre/Tutor (imprime) \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**SI**  **No** - He instruido a este estudiante y doy mi permiso para llevar consigo su medicamento de emergencia para el asma y/o la alergia anafiláctica. Marque aplicable:  Inhalador  EpiPen  Medicamentos para Diabetes/insulina

**SIGN HERE** →

Nombre del medico \_\_\_\_\_

Firma del medico \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**Revisado por:** \_\_\_\_\_

Nombre del Enfermera escolar \_\_\_\_\_

Firma del Enfermera escola \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**Campus Health Room Assistant** \_\_\_\_\_ **si puede /** \_\_\_\_\_ **NO se puede administrar este medicamento**