

**AUTORIZACIÓN Y PERMISO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS**

Nombre y apellido del Estudiante: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

**SI ESTE MEDICAMENTO SE AUTOADMINISTRA Y TRANSPORTA (SOLO INHALADORES Y EPI-PENS), SE NECESITAN FORMAS ADICIONALES.**

**AUTORIZACIÓN MÉDICA:**

Nombre del Medicamento: \_\_\_\_\_

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

Diagnosis: \_\_\_\_\_

Frecuencia/hora de administración: \_\_\_\_\_

Efecto Previsto de la Medicina: \_\_\_\_\_

Efectos adversos de la Medicación: \_\_\_\_\_

Fecha de Discontinuacion: \_\_\_\_\_



Nombre del Medicamento: \_\_\_\_\_

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

Diagnosis: \_\_\_\_\_

Frecuencia/hora de administración: \_\_\_\_\_

Efecto Previsto de la Medicina: \_\_\_\_\_

Efectos adversos de la Medicación: \_\_\_\_\_

Fecha de Discontinuacion: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL MÉDICO**

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE DEL MÉDICO (Favor de escribir el nombre)**

\_\_\_\_\_  
**NÚMERO DE TELÉFONO DEL MÉDICO**

\_\_\_\_\_  
**NÚMERO DE EMERGENCIA**

\_\_\_\_\_  
**DEL SELLO DEL MÉDICO**

\_\_\_\_\_  
**FECHA**

**AUTORIZACIÓN de los PADRES:**

Por la presente reconozco que soy el principal responsable de administrar medicamentos a mi hijo(a). Sin embargo, en el caso de que no pueda hacerlo o en caso de una emergencia médica, por la presente autorizo al Distrito Escolar 161 de Flossmoor y sus empleados y agentes, en mi nombre y lugar, a administrar o intentar administrar a mi hijo(a) (o permitir que mi hijo(a) se auto administre, mientras está bajo la supervisión de los empleados y agentes del Distrito Escolar 161 de Flossmoor), legalmente prescrito medicamentos de la manera descrita anteriormente. Reconozco que puede ser necesario que la administración de medicamentos a mi hijo(a) sea realizada por una persona que no sea una enfermera escolar, y específicamente doy mi consentimiento para tales prácticas. Además, reconozco y acepto que, cuando el medicamento legalmente prescrito se administra o se intenta administrar, Renuncio a cualquier reclamo que pueda tener contra el Distrito Escolar 161 de Flossmoor, sus empleados y agentes que surjan de la administración de dicho medicamento. Además, aceptó eximir de responsabilidad e indemnizar al Distrito Escolar 161 de Flossmoor, sus empleados y agentes, ya sea conjunta o individualmente, de y contra todos y cada uno de los reclamos, daños, causas de acción o lesiones sufridas o resultantes de la administración o intentos de administración de dicha medicación. Entiendo que puede ser necesario que el personal profesional del Distrito se comunique con el prescriptor con licencia y / o el médico de mi hijo(a) con respecto al medicamento anterior, y otorgue permiso para que la comunicación tenga lugar.

Nombre del Estudiante (Favor de escribir)

Nombre del Padre/Tutor (Favor de escribir)

Firma del Padre/Tutor Fecha Domicilio del Padre/Tutor

Número de Teléfono del Padre/Tutor Teléfono de trabajo Teléfono celular

Los medicamentos escolares se administran siguiendo estas pautas:

- Autorización fechada por el médico y los padres para administrar el medicamento. • El medicamento debe estar en el envase original etiquetado como dispensado o en el envase etiquetado del fabricante.
- La etiqueta del medicamento contiene el nombre del estudiante, el nombre del medicamento, las instrucciones de uso y la fecha.
- Annual renewal of authorization and immediate notification, in writing of changes.

Aprobado por la enfermera: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_