**AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTO**

**NORMA JGCD-E (2)**

Siempre que sea posible, los padres o tutores deben administrar los medicamentos a los estudiantes antes o después del horario escolar. Los medicamentos deben ser proporcionados a la escuela dentro del envase etiquetado original. Los medicamentos se administrarán únicamente de acuerdo a las indicaciones prescritas por el profesional de la salud y/o instrucciones impresas o prospecto adjunto al envase.

**Por favor llene un formulario por separado por cada medicamento que se vaya a administrar en la escuela.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del estudiante:** | | | **Fecha de nacimiento:** |
| **Escuela:** | **Grado:** | **Maestro(a):** | |

¿Sufre el estudiante de alergia a algún alimento, medicamento

o producto? No Sí (en caso afirmativo, enumere las alergias)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Medicamento: | Dosis: | |
| Motivo del medicamento: | Vía: | |
| Hora del día en que debe administrarse el medicamento:  Si es posible, especifique la hora de su preferencia. Los horarios  de almuerzo varían. | Por cuanto tiempo se administrará el medicamento: | |
| Durante todo el año escolar | |
| días | semanas |
| Posibles efectos secundarios: | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Se requiere la firma del profesional de la salud para todos los medicamentos recetados** | | |
| Firma del profesional de la salud que prescribe la receta: | | Fecha: |
| Sello, nombre y dirección (impreso o escrito a mano) del profesional de la salud | Número de teléfono del consultorio | |
| Número de Fax del consultorio | |

Doy mi consentimiento para que el medicamento arriba mencionado se le administre a mi hijo(a) durante el horario escolar. Autorizo a la enfermera o administrador de la escuela para que se comuniquen con el profesional de la salud arriba mencionado para hablar sobre este medicamento y la salud de mi hijo(a). Autorizo al profesional de la salud arriba mencionado o al empleado designado, para proporcionar información acerca de este medicamento y de la salud de mi hijo(a) a la enfermera o administrador de la escuela. Entiendo que la escuela puede requerir que yo esté de acuerdo con las reglas del distrito escolar sobre medicamentos antes de que este medicamento se le administre en la escuela. Entiendo que tengo la responsabilidad de informar a la escuela si alguno de los medicamentos de mi hijo(a) cambia.

# Firma del padre o tutor Fecha

Nombre del padre o tutor Número de teléfono durante el día

Revisado mayo 2009