



Mannheim School District 83

10401 West Grand Avenue
Franklin Park, IL 60131



Autorización para Administrar Medicamentos

Un médico debe completar este formulario. El doctor y los padres o guardián deben firmar este formulario.

1. Nombre del Estudiante: _____
2. Fecha de Nacimiento: _____
3. Nombre del Medico: _____
Dirección: _____
Numero de Teléfono: _____
Numero de Teléfono de Emergencia: _____
4. Nombre de Medicina/Nombre Genérico: _____
5. Diagnostico o condición para el cual se administra la medicación: _____

6. Razón por que medicamento debe ser administrado durante el horario escolar: _____

7. Fecha de Prescripción: _____
8. Dosis: _____
9. Método y ruta el la que se administrara: _____
10. Frecuencia and Tiempo de administración: _____
11. Fecha de discontinuación: _____
12. Efecto previsto de la medicación: _____
13. Posible efectos secundarios de la medicación, que debe ser observada en el estudiante: _____

14. Bajo la supervisión del personal de la escuela de la oficina de salud , el estudiante podrá administrarse medicamento . El estudiante debe proporcionar el nombre del medicamento y la información de la dosis. Personal de la oficina de salud debe verificar esta información con la información en el envase del medicamento y la orden de la medicación. El estudiante debe entonces verificar el envase del medicamento como propio. El personal de la oficina de salud del Distrito 83

debe observar estudiante medir y tomar la dosis necesaria , el personal de la oficina de salud puede entonces devolver la medicación a su ubicación de almacenamiento adecuada y registrar ese medicamento.

15. Las condiciones de emergencia en la que el medicamento puede ser administrado, incluyendo instrucciones sobre cómo administrar, por un miembro certificado del personal del distrito si el personal de la oficina de salud no está disponible para administrar, personal médico, o por el estudiante :

16. Otros medicamentos que el estudiante actualmente toma: _____

17. Próxima fecha de re-evaluación: _____

Recetador Titulado

| | |
|------------------------------|-------|
| Firma y Título del Recetador | Fecha |
|------------------------------|-------|

Padres or Guardian:

Yo doy permiso al Distrito Escolar de Mannheim 83 y sus empleados para administrar / supervisar los medicamentos descritos de acuerdo a los reglamentos del Distrito Escolar 83, que regula la Administración de Medicina en el Distrito Escolar.

| | |
|-------------------------|-------|
| Firma de Padre/Guardián | Fecha |
|-------------------------|-------|

Teléfono: _____

Numero de Teléfono de Emergencia: _____

Aprobado por la Enfermera del Distrito 83 para comenzar la administración el _____, _____.

| | |
|---------------------------------------|-------|
| Firma de la Enfermera del Distrito 83 | Fecha |
|---------------------------------------|-------|
