



# Distrito Escolar Unido #210

304 E. 6<sup>th</sup> Hugoton, KS 67951 620-544-4376

Oficina de Salud Escolar Año Escolar 2018-2019

## Forma para el Permiso de la Suministración de Medicamentos

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Maestro \_\_\_\_\_

Diagnostico Medico \_\_\_\_\_ Fecha de comienzo de la medicina \_\_\_\_\_

La alergia \_\_\_\_\_

Medicamento #1 \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Hora para darse \_\_\_\_\_

Medicamento #2 \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Hora para darse \_\_\_\_\_

Medicamento #3 \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Hora para darse \_\_\_\_\_

Número de días en que se administrará el medicamento en la escuela \_\_\_\_\_

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

EL ESTUDIANTE PUEDE TRAER CONSIGO EN TODO MOMENTO EL INHALADOR PARAUSARLO SEGÚN SEA RECOMENDO POR EL MEDICO.

*\*\* SB 10 Asthma Bill*

EL ESTUDIANTE PUEDE TRAER CONSIGO EPINEPHRINE PEN EN TODO MOMENTO PARA USARLO SEGÚN SEA RECOMENDO POR EL MEDICO.

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL MEDICO

\_\_\_\_\_  
Nombre y dirección del médico

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono y fax del médico

Yo, \_\_\_\_\_, doy mi permiso para que \_\_\_\_\_

(Nombre del padre/tutor)

(Nombre del niño)

reciba el medicamento arriba mencionado en la escuela. Yo comprendo que es mi responsabilidad facilitar el medicamento y que el empleado de la escuela que administre el medicamento a mi hijo de acuerdo con las instrucciones de los Padres y/o el médico no es responsable por daños que puedan resultar al estudiante en caso de una reacción alérgica a la medicina administrada. Yo entregare el medicamento en su envase original, con las etiquetas apropiadas de la farmacia o cuando se trate de medicina no controlada también estará en su envase original. También doy permiso para el intercambio de información con el medico o la farmacia en casa que existan preguntas o dudas.

\_\_\_\_\_  
Fecha

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



# Distrito Escolar Unido #210

304 E. 6<sup>th</sup> Hugoton, KS 67951 620-544-4376

Oficina de Salud Escolar Año Escolar

2017-2018

Querido Padre/Tutor \_\_\_\_\_,

USD 210 de Hugoton, requiere que toda la prescripción y medicamento sin receta médica dadas durante el día escolar tiene que ser prescribió por un médico y, solicitado por el padre ser administrado por la Oficina de Salud. Una NUEVA Forma de Permiso de Administración de Medicación debe ser completada para cada nuevo año escolar.

Su estudiante ha tenido la siguiente medicación(ones) disponible este año.

( ) Medicación Diariamente \_\_\_\_\_

( ) Medicación Como sea Necesario \_\_\_\_\_

( ) Inhalador \_\_\_\_\_

*\*\* SB 10 Ley Asthma permite que estudiantes lleven su inhalador con ellos. Puede ser provechoso guardar un inhalador adicional en la Oficina de Salud por si su niño se olvida su inhalador.*

JUNTO ES UNA NUEVA FORMA PARA SER COMPLETADA POR SU MÉDICO Y USTED PARA LA MEDICACIÓN QUE PUEDA NECESITAR NIÑO DURANTE el AÑO ESCOLAR de 2018-2019. DEVUELVA LA FORMA COMPLETADA Y LA MEDICACIÓN EN UN CONTENEDOR DE PRESCRIPCIÓN CON ETIQUETÓ O EL CONTENEDOR SIN RECETA MÉDICA ORIGINAL A LA OFICINA DE SALUD ESCOLAR ANTES DE QUE COMIENZA LAS CLASES EN EL OTOÑO.

Por favor refiérase a la forma atrás para examinar la Política de Medicación de 210 USD. Algunos cambios ocurrirán con la Administración de Medicación para el próximo año escolar. Póngase en contacto conmigo en cuanto a preguntas o preocupaciones por la Política de Medicación de 210 USD o esta petición.

Sinceramente,  
Holly Grubbs RN, BSN  
Christina Williams, RN  
Cammie Heaton, RN

Envíe la forma completa a:

Holly Grubbs RN, BSN  
Hugoton Elementary  
304 E. 6<sup>th</sup>  
Hugoton, KS 67951



# Distrito Escolar Unido #210

304 E. 6<sup>th</sup> Hugoton, KS 67951 620-544-4376  
Oficina de Salud Escolar Año Escolar 2017-2018

## Poliza Sobre Medicamentos

Póliza: La enfermera de la escuela o el personal designado para administrar los medicamentos con receta médica o de medicamentos sin receta durante el horario escolar.

### PROCEDIMIENTO:

1. Las recetas del médico o dentista y permiso por escrito de los padres/tutores deben presentarse antes de la administración de cualquier medicamento, incluyendo los medicamentos sin receta. (ver Formulario de Permiso de Administración de medicamentos adjunto a este procedimiento)
2. El envase original de la receta o el envase original del medicamento sin receta con el nombre del niño, dosis, y frecuencia de la dosis, es requerido en todos los medicamentos administrados.
3. Generalmente sólo los medicamentos orales o tópicos serán administrados en el escuela. Las excepciones a esto son gotas para los oídos, gotas para los ojos, y las inhaladores o nebulizadores.
4. Un registro individual será mantenido por la enfermera escolar de los medicamentos administrados.
5. Los cambios en las medicamentos, dosis, y / o el tiempo de administración deberán estar acompañados de un nuevo Formulario de Permiso de Administración de Medicamentos firmado por el médico.
6. Todos los medicamentos deben estar asegurados en un envase cerrado y debidamente almacenados.
7. Solo se mantendrán en las escuela los medicamentos con receta.
8. La política del consejo escolar deberá ser compartida con los padres y el proveedor de cuidados de salud local. Los formularios también están disponibles.