

Sociedad médica del Condado de Pierce

Orden del médico para administrar medicamentos en la escuela

Paciente: _____

Se ordena que se le administre el medicamento a un estudiante en la escuela solamente cuando sea **absolutamente necesario**. Cuando sea posible, se exhorta al padre de familia y al médico a diseñar un horario para administrar el medicamento fuera del horario de escuela. Si esto no es posible, el padre de familia debe comprender que el director o la persona que éste designe será quien administre el medicamento si la enfermera de la escuela no está presente. El director designará a una persona responsable de suministrar el medicamento de forma individual.

La escuela no acepta ninguna responsabilidad por reacciones adversas cuando se suministre el medicamento de acuerdo con las instrucciones del médico.

¿Es necesario suministrar este medicamento durante horas de escuela? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, proporcione el diagnóstico o razón _____

Formulario de medicamentos y dosis: _____

Dosis y modo de administración: _____

Horario(s) en el que se debe suministrar: Almuerzo Hora _____ PRN

Duración sin una orden posterior: _____ semanas _____ meses _____ año escolar Otro: _____

Efectos secundarios que se pueden esperar del medicamento (si los hay): _____

El(la) estudiante debe portar un inhalador: Sí No No aplica

Firma del médico: _____ **Escriba el nombre y apellido en letra de molde o sello:** _____

Fecha: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Autorización del padre de familia

Solicito que se autorice a la enfermera de la escuela, director o miembro del personal designado por el director para suministrarle a mi hijo(a),

(nombre del niño(a)) _____ el medicamento recetado por

(nombre del médico) _____ durante un período desde el _____ al _____.

Debo proporcionar el medicamento en el recipiente original rotulado por la farmacia o el médico con el nombre de la medicina, la cantidad a tomar y la hora del día en que se debe tomar. El nombre del médico está en la etiqueta.

Entiendo que mi firma indica mi comprensión de que la escuela no acepta ninguna responsabilidad por reacciones adversas cuando se administre el medicamento según las instrucciones del médico.

Esta autorización es válida únicamente para el año escolar actual.

En caso de necesidad, el distrito escolar puede discontinuar la administración del medicamento con un aviso previo adecuado. Si el personal me notifica que aún queda medicamento después del curso del tratamiento, **recogeré el medicamento en la escuela o entiendo que será destruido.** Soy el padre de familia o tutor legal del(la) menor que se menciona.

Fecha: _____ Firma del padre de familia/tutor _____

Números de contacto del padre de familia: Casa: _____ Otro: _____ Escuela: _____