

WESTMINSTER PUBLIC SCHOOLS ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIONES EN LA ESCUELA

School: _____ Fax: _____

Estimados padres / Tutores:

Westminster Public Schools tiene una política de administración de medicaciones que cumple con las directrices de salud escolar de Colorado. La política declara que tanto las medicaciones prescritas como las de venta libre (medicaciones sin prescripción) pueden administrarse en la escuela cuando se reúnen las condiciones siguientes:

1. **Un permiso firmado por los padres/tutores**, que la escuela de su hijo debe poseer, indicando claramente el nombre del estudiante y la información de contacto.
2. **Por favor use el plan de cuidado de asma y el plan de cuidado para alergia severa para los autoinyectores de epinefrina**
3. La medicación debe estar presente en su **recipiente original**, debidamente etiquetado con el nombre del doctor que la prescribe, la fecha, la hora en que debe administrarse, el modo de administración y la dosis. (La medicación de venta libre o medicación de venta libre o sin prescripción debe estar en su recipiente original, empacada individualmente en su "envoltura de burbujas" indicando claramente el nombre del estudiante)
4. El permiso del padre y el recipiente original deben ir acompañados de la **declaración firmada del doctor** que contiene las instrucciones correspondientes a las que aparecen impresas en el recipiente.
5. El medicamento no debe estar caducado.

No se permite al personal docente administrar ninguna medicación, a menos que se hayan cumplido todos los requisitos. Le rogamos que siempre que sea posible, le administre al niño su medicación en casa. Sería ideal si entrega a la escuela un suministro máximo de 30 días de medicaciones en curso. En caso de tener cualquier pregunta, por favor póngase en contacto con la escuela de su niño.

PERMISO PARA ADMINISTRAR MEDICACIONES: A COMPLETARSE POR EL PADRE

(Se debe rellenar un formulario aparte por cada medicación)

Con mi firma debajo, solicito y doy mi consentimiento a Westminster Public Schools para que administre la medicación a mi hijo. Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar cualquier modificación en la administración de la medicación (tal como en el caso de píldoras que deban cortarse por la mitad). Entiendo que esta información puede compartirse con el personal apropiado de la escuela, según sea necesario. Doy autorización a la enfermera del Distrito para que se pongan en contacto con el médico, en caso necesario, en relación a esta medicación. Cualquier cambio de prescripción requerirá un permiso de administración de medicación adicional completo y firmado. Acuerdo también llevar esta medicación a la escuela, en su recipiente de prescripción original, claramente etiquetado con el nombre del estudiante, el médico, la medicación, la fecha, la vía de administración, la hora en que debe administrarse y la dosis. La medicación prescrita y la medicación de venta libre deben estar presentes en sus recipientes originales o empacadas individualmente en su "envoltura de burbuja", y deben contener tanto el permiso escrito del padre como el del médico.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Escuela: _____ Grado: _____ Profesor: _____

Nombre del padre: _____ Tel. (residencia): _____ Tel. (Trabajo): _____

(Favor de escribir en letra de imprenta)

Firma del padre: _____ Fecha _____

TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN

Medication: _____ Dosage: _____ Route: _____

Time(s) to be given at school: _____

Side effects that may need to be reported: _____

Daily prescribed medication may be given late with parent verbal authorization to medication certified staff: Yes No

Middle/High School ONLY: student may carry inhaler & self-administer Yes No _____
(Physician Please Initial)

Start Date: _____ End Date: _____ OR Entire School Year (Check box if applies)

Provider signature: _____

Provider Name (printed): _____

Date: _____

OFFICE STAMP (Or Print Health Care Provider Name, Address, Phone and Fax Numbers)

Completed form may be faxed directly to student's school.