



Solicitud de administración de medicamentos en la escuela

Este formulario debe completarse completamente para que el personal de salud de la escuela pueda administrar medicamentos a un estudiante. Se debe completar un nuevo formulario de autorización de medicamentos al comienzo de cada año escolar, para cada medicamento y cada vez que haya un cambio en las instrucciones de administración del medicamento. El proveedor del medicamento exige lo siguiente de acuerdo con el Código de Educación de Texas, Capítulo 22, Sección 22.052:

- Los medicamentos recetados y sin receta deben ser entregados a la escuela en su envase original.
- El envase debe estar debidamente etiquetado por un farmacéutico o el médico que prescribe.
- Los medicamentos sin receta pueden administrarse durante 5 días con la firma de los padres. Se requerirá la firma de un médico si se necesitan medicamentos por más de 5 días.

Nombre del alumno _____ Sexo _____ Fecha de nacimiento _____

Maestro _____ Condición por la cual se administra la medicación _____

Nombre del medicamento _____ Dosis _____

Hora(s) del día para administrar _____ La medicación se administrará desde ___/___/___ a ___/___/___

Posibles efectos secundarios _____

Requisitos especiales para la administración/almacenamiento _____

Alergias conocidas a alimentos o drogas SÍ NO Si la respuesta es sí, explique _____

Nombre del prescriptor _____ Teléfono _____

Firma del prescriptor _____ Fecha _____

Autorización de padres/representantes

Solicito que el personal de salud de la escuela administre el medicamento como se describe anteriormente por el prescriptor principal de mi hijo. Doy mi consentimiento a la administración de medicamentos para mi hijo mencionado anteriormente y acepto revisar y proporcionar instrucciones especiales para la administración de los medicamentos para niños y compartir esa información con el personal de salud escolar de mi hijo.

Estoy de acuerdo en que el personal de la escuela puede comunicarse con el médico según sea necesario con respecto a la orden de medicamentos SÍ _____ o NO _____
(iniciales)

Nombre del padre/representante _____ Firma _____

Fecha _____ Celular _____ Teléfono _____

Revisión del personal

Se recibió medicación de _____ Fecha _____

La medicación fue recibida por _____ Fecha _____

Recuento inicial o medición (solo sustancias controladas) _____

Firma del testigo _____ Fecha _____