

FORMA DE AUTORIZACIÓN PARA RECETA MEDICA

Esta orden es válida sólo para el año escolar actual _____ - _____ (Incluyendo la sesión de verano)
 O

Fecha de comienzo: ___/___/___ a Fecha de Tope: ___/___/___

Una nueva forma de administración de medicamentos debe ser completada al principio de cada año escolar, por cada medicamento y cada vez que hay un cambio en la dosis, o el tiempo de administración de un medicamento.

** La forma de la medicación se debe completar completamente para que el personal administre la medicación requerida.*

Nombre del Estudiante:	Fecha de Nacimiento:	Grado Maestro(a):
-------------------------------	-----------------------------	--------------------------

Autorización de Proveedor de Seguro Medico

Diagnóstico o condición para la cual se administra la medicación:

NOMBRE DE LA MEDICINA	Dosis:	Ruta:
	<input type="checkbox"/> _____mg <input type="checkbox"/> 2 PUFFS <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> ORAL <input type="checkbox"/> INHALACIÓN <input type="checkbox"/> OTRO

Tiempo de administración: _____ **Si PRN, Frecuencia:** _____

Instrucciones adicionales:

Instrucciones específicas para el inhalador:

Administrar el inhalador para los síntomas tales como: Tos, sibilancias audibles, c/o opresión en el pecho, queja de dificultad para respirar u otros _____.

El estudiante es competente para llevar el inhalador o Epinefrina.

El estudiante es competente para administrarse el inhalador o Epinefrina.

Instrucciones específicas para la antihistamínica:

- Inmediatamente después de la ingestión o contacto con _____
- Administrar para los síntomas leves de la alergia que incluyen:
 NARIZ: picazón, secreción nasal, estornudos PIEL: pocas colmenas localizadas, picazón leve GI: náuseas leves
 Otros síntomas (explique): _____

Posibles efectos secundarios:

Ninguno esperaba especificar: _____

Health care provider stamp

Nombre del Doctor (por favor imprimir):

Teléfono: _____ Fax: _____

Dirección de la Oficina: _____

Firma del Doctor:

Fecha:

NURSE'S OFFICE ONLY: Medication Expiration date: ___/___/___

Autorización de Padre o Tutor

Mi firma en la parte inferior indica que estoy de acuerdo que yo soy mayormente responsable por la administración de la medicina a mi niño. Sin embargo, en el evento de que yo no pueda hacerlo o en el evento de una emergencia médica, yo por la presente autorizo al Distrito de la Escuela y sus empleados y agentes, a que en mi nombre, administren o intenten administrar medicina a mi niño (o permitir a mi niño que él solo se la administre, mientras esté bajo la supervisión de los empleados y agentes del Distrito de la Escuela), la receta legalmente recetada en la manera en que se describe anteriormente. **Yo reconozco que puede ser necesario que la administración de las medicinas a mi niño sea desempeñada por un individuo que no sea la enfermera de la escuela y específicamente consiento a esas prácticas, y**

Yo estoy de acuerdo en compensar y retener inocente al Distrito de la Escuela y sus empleados y agentes en contra de cualquier reclamo, excepto un reclamo basado en conducta inmoral, presentándose del auto administración de la medicina por el niño.

Firma del Padre/Guardián:

Fecha:

Primer teléfono:

Segundo teléfono

Solamente para padres/guardianes de estudiantes que necesitan llevar y administrarse medicina para asma o una EpiPen:

Yo autorizo al Distrito de la Escuela y sus empleados y agentes, que permitan a mi niño o menor que tenga y se administre su medicina para el asma y/o inyector automático de epinefrina: (1) mientras en actividades auspiciadas por la escuela, (3) mientras bajo la supervisión del personal de la escuela, o (4) antes o después de actividades normales realizadas en la escuela, tal como el cuidado de niños antes o después de la escuela. Además, el/ella entiende la necesidad de la medicina y la necesidad de reportar al personal de la escuela los efectos inusuales. El/ella es capaz de usar esta medicina independientemente. Nosotros recomendamos que usted provea una dosis adicional de la medicina para guardarla en la oficina de la enfermera de la escuela en el evento de que su niño se olvide o pierda su medicina. La ley de Illinois necesita que el Distrito de la Escuela informe a los padres que el distrito, empleados, y sus agentes no incurran en responsabilidad, excepto por conducta inmoral como resultado de una herida que se presente por la propia administración de la medicina o inyector automático de epinefrina. (105 ILCS 5/22-30). **Si usted esta de acuerdo, por favor ponga sus iniciales _____ padre/guardián**