



Permiso Para Administrar Medicamento en la Escuela

Por parte de la ley del Estado de Colorado, se requiere que Distritos Escolares tengan una forma de autorización firmada por el padre y el médico del estudiante, la cual otorga permiso a la escuela para administrar medicamento al alumno. Para medicamentos sin receta, se necesita el paquete original marcado con el nombre del alumno, dosis y circunstancias para administración. Para medicamentos recetados, se requiere un paquete original de la farmacia marcado con el nombre del alumno, nombre del medicamento, dosis, time de administración y nombre del medico.

Por razones de seguridad, se le pide al padre traer el medicamento directamente a la enfermería de la escuela o asistente de la clinica escolar. En caso raro que un adulto no pueda entregar el medicamento, se podría realizar con el hecho de los siguientes arreglos:

- Una llamada a la enfermería de la escuela para avisar que el medicamento será enviado.
- Deberá incluir el nombre y la cantidad del medicamento que será enviado.
- El nombre y cantidad del medicamento que sera enviado.

Si no se sigue este procedimiento, puede que el medicamento se guarde en la oficina y no se administre hasta que el padre identifique el medicamento y verifique la cantidad. Con cualquier cambio de medicamento o dosis, al igual que al comienzo de cada año escolar, se debe completar un permiso nuevo. Si al final del año escolar sobra medicamento, se le entregará solamente al padre del estudiante y dentro de la enfermería. Por lo contrario, la enfermería tendrá que deshacerse del recipiente con el contenido. La norma del distrito aconseja que los medicamentos se administren en el hogar cuando lo sea posible. Lo siguiente debe ser completado por el médico. No olvide firmar la última sección.

TO BE COMPLETED BY THE HEALTH CARE PROVIDER

Health Care Provider's Signed Order For Medication To Be Administered At School

Child's Name _____ DOB _____

Medication _____ Dosage _____ Time _____

Route of Administration _____

Start date _____ End date _____

Purpose of medication: _____

Possible side effects: _____

Health Care Provider Name _____ Phone Number _____

Health Care Provider Signature _____ Fax Number _____

Yo autorizo que se administre el medicamento a mi hijo como anteriormente indicado por medio del médico. Al igual, doy mi autorización a la enfermera de comunicarse con el médico respecto a esté medicamento.

Firma del Padre: _____ **Fecha:** _____