

Elmhurst Community School District #205
Orden del médico y autorización de padres para la administración de
medicamentos

Nombre del estudiante: _____ **Fecha de nac.:** _____

Escuela: _____ **Año escolar:** _____ **Grado:** _____

Para ser completado por el médico:

Solo se suministrarán los medicamentos recetados por un médico y que son esenciales para mantener a un estudiante durante el horario de clases. Indique si el medicamento debe tomarse durante el día de clases:

Sí _____ **No** _____

Diagnóstico que requiere el medicamento durante el día de clases: _____

Nombre del medicamento: _____

Dosis por administrar: _____ Instrucciones/vía de administración: _____

Frecuencia: _____ Horarios de administración: _____

Efecto esperado del medicamento: _____

Posibles efectos secundarios: _____

Fecha de inicio de la orden: _____

Fecha de discontinuación/reevaluó/seguimiento: _____

Si el médico prescribe medicamentos contra alergias, asma o diabetes, **EL MÉDICO** debe completar la siguiente sección para el tipo de medicamento prescrito, además de la parte de la firma del formulario.

DISPOSITIVO DE AUTOADMINISTRACIÓN Y PARA LLEVAR DE ADRENALINA: _____ **Sí** _____ **No**

El estudiante ha recibido instrucción en la autoadministración del medicamento antes mencionado y puede administrarse el medicamento de manera independiente. El estudiante entiende la necesidad del medicamento y la necesidad de informar a un miembro del personal y a la oficina de salud inmediatamente después de la autoadministración de la adrenalina autoinyectable.

DISPOSITIVO DE AUTOADMINISTRACIÓN Y PARA LLEVAR DE MEDICAMENTO CONTRA LA DIABETES:

_____ **Sí** _____ **No** El estudiante antes mencionado tiene un diagnóstico de diabetes. He determinado que es médicamente necesario que el niño posea su medicamento contra la diabetes, y el equipo y los suministros necesarios para controlar y tratar su condición de diabetes de acuerdo con su Plan de Administración Médica de la Diabetes. El estudiante ha recibido instrucción en la autoadministración del medicamento antes mencionado y en el uso de su equipo y suministros, y puede hacerlo independiente. El estudiante entiende la necesidad del medicamento y la necesidad de informar al personal de la escuela en caso de efectos secundarios no habituales.

DISPOSITIVO DE AUTOADMINISTRACIÓN Y PARA LLEVAR DE MEDICAMENTO CONTRA EL ASMA:

_____ **Sí** _____ **No** El estudiante antes mencionado tiene un diagnóstico de asma. El estudiante ha recibido instrucción en la autoadministración del medicamento y puede administrarse el medicamento de manera independiente. El estudiante entiende la necesidad del medicamento y la necesidad de informar a un miembro del personal y al personal de la oficina de salud en caso de que el medicamento no esté actuando sobre los síntomas del asma del estudiante o en caso de efectos secundarios no habituales.

Nombre del médico (aclaración) _____ Firma del médico: _____

Fecha: _____ Dirección: _____

Tel. del consultorio: _____ Tel. de emergencia: _____

Estudiante: _____ Fecha de nac.: _____
Nombre del medicamento: _____

Para ser completado por el padre/tutor del estudiante SOLAMENTE para el dispositivo de autoadministración y para llevar de medicamento contra el asma (se debe incluir una copia de la caja de receta del inhalador con este formulario si la receta anterior no está completada por un médico). Un profesional de atención de la salud calificado ha diagnosticado a mi hijo con asma y le ha recetado medicamentos contra el asma. Por el presente autorizo a mi hijo a llevar consigo y a autoadministrarse su medicamento contra el asma según lo recetó su médico. El médico de mi hijo lo ha instruido en la autoadministración de su medicamento y ha indicado que mi hijo puede administrarse el medicamento de manera independiente. Mi hijo entiende la necesidad del medicamento y la necesidad de informar al personal de la escuela en caso de que el medicamento no trate de manera efectiva los síntomas del asma o en caso de efectos secundarios no habituales.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

LA SIGUIENTE DECLARACIÓN DEBE ESTAR FIRMADA POR EL PADRE/TUTOR PARA QUE LA AUTORIZACIÓN MÉDICA SE CONSIDERE COMPLETA:

Entiendo y acepto que soy el principal responsable de la administración de medicamentos de mi hijo. Debido a que la administración/autoadministración del medicamento por parte de mi hijo es necesaria para mantener al estudiante en la escuela, o puede ser necesaria en caso de una emergencia, otorgo permiso para la administración al personal del distrito o, si el médico lo autorizó, para la autoadministración del medicamento antes mencionado del modo anteriormente descrito, bajo supervisión del personal de la escuela.

También acepto y reconozco que cuando el medicamento recetado de acuerdo con la legislación sea administrado o tratado de administrar, renuncio a cualquier reclamo que yo o mi estudiante pudiéramos tener contra el Distrito Escolar, la Junta de Educación y sus miembros, y los empleados, funcionarios, agentes y voluntarios del Distrito contra cualquier reclamo, obligación, pérdidas o gastos, incluidos cargos legales, honorarios razonables de abogados y cargos médicos, relacionados directamente o indirectamente a la autoadministración de dicho medicamento por parte de mi estudiante. En adición acepto indemnizar y eximir de responsabilidad al Distrito Escolar, la Junta de Educación y sus miembros, y los empleados, funcionarios, agentes y voluntarios del Distrito, conjunta o separadamente, de todo y cualquier reclamo, daño, causa de acción o lesiones producidas o en nombre de cualquier parte relacionada directa o indirectamente con la autoadministración de dicho medicamento.

De acuerdo con la política del distrito, el medicamento (recetado o no recetado) puede administrarse a estudiantes solo si el distrito ha recibido este formulario completo, firmado y con fecha de un médico licenciado y del padre o tutor del estudiante. El medicamento también debe entregarse a la escuela en envases que cumplan con la política del distrito. Los padres deben notificar de inmediato al distrito de los cambios necesarios en la administración del medicamento completando una nueva copia de este formulario y entregándola con fecha y firmada por el padre y el médico licenciado. Se debe completar una nueva copia de este formulario al comienzo de cada año escolar nuevo para la administración continuada de medicamentos. Consulte la política de medicamentos del distrito para obtener una descripción completa de las pautas de medicamentos del distrito.

ACLARACIÓN: _____ Parentesco con el estudiante: _____
Firma: _____ Fecha _____

Para comunicarse conmigo en caso de una reacción al medicamento o en una emergencia:
Número de teléfono: _____ Número de teléfono alternativo: _____
