Greenville ISD Health Services

Solicitud de los padres para la administración de medicamentos por el personal de la escuela. PRIMARIA

Foto

Nombre _____ Fecha Nac_____/_____/_____ # ID_____

Escuela_____ Maestro/Grado _____

- Solo los medicamentos que no pueden ser dados fuera del horario escolar serán administrados.
- Todos los medicamentos deben estar en el empaque original, rotulados apropiadamente.
- La etiqueta de la receta debe incluir el nombre de la droga de marca/genérico, dosis, fabricante, dirección de la farmacia, nombre del estudiante y del doctor que la receta, fecha de despacho, fecha de expiración de la droga e instrucciones claras de uso, incluyendo las horas específicas en debe ser dada.
- Todos los medicamentos a ser administrados en la escuela deben ser aprobados por la FDA. Los suplementos, hierbas, vitaminas, homeopáticos y otras sustancias no reguladas no serán dadas**,** al menos necesarias educativo por parte del IEP o plan de 504**.**

Condiciones para la cual el medicamento es requerido:

_____

¿Su hijo toma este medicamento en casa? SI ☐ NO ☐ ¿A qué hora?: _____ Solo cuando lo necesita ☐

Instrucciones:_____

Medicamento	Dosis en mg	Vía	Hora o frecuencia	Inidcaciones para uso	Fecha de comienzo	Fecha de finalización

Solicito y autorizo a Greenville ISD a administrar los medicamentos arriba mencionados según recetados. Entiendo que el administrador de la escuela puede designar cualquier empleado calificado para dar este medicamento. Autorizo a la enfermera escolar y al médico que prescribe a confidencialmente discutir y/o aclarar esta orden de medicamento y a discutir su respuesta al medicamento prescrito según requerido por la ley de Práctica de Enfermería y Práctica Médica de Texas. Si el consentimiento para que el doctor y la enfermera consulten en relación a esta orden de medicamento no es concedida o es revocada, no será posible para el personal de la escuela administrar los medicamentos prescritos. Entiendo que se hará un intento razonable para recordar al estudiante, pero el estudiante será responsable de visitar el cuarto de salud para su medicina en la mayoría de los casos. Este formulario es válido solo para un año escolar.

Iniciales del padre/madre_____Los medicamentos sin usar que no sean recogidos al final del año escolar o dentro de cinco días de haber sido descontinuados serán desechados apropiadamente.

Iniciales del padre/madre_____a los **ESTUDIANTES DE PRIMARIA** no se les permite transportar medicamentos hacia y desde la escuela.

Firma del padre/guardián_____Nombre _____

Número de teléfono diurno_____correo electrónico_____Fecha___/_____/_____

Se requiere la firma del doctor bajo las siguientes condiciones:

- Medicamentos de venta libre administrados por más de 5 días consecutivos escolares.
- Las etiquetas de la receta no coinciden con la solicitud del padre/madre o no tiene la información requerida arriba.
- Muestra de medicamento o solicitudes con falta la etiqueta de receta médica.

Firma del doctor*_____ Nombre_____

*El doctor debe tener licencia para practicar en Texas. *Las órdenes temporales (2 meses) de médicos de EE.UU. fuera del estado son aceptables para estudiantes transferidos al distrito.*

Fecha_____Número de Oficina_____Número de Fax _____

Med Expires:_____/_____