

Servicios de Salud para Estudiantes de Lockhart ISD
Autorización para la administración de medicamentos durante el día escolar
Año Escolar 2022-2023

Nombre de Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de Escuela: _____ Maestro/a: _____ Grado: _____

Médico del estudiante: _____ #de telefono: _____ #de Fax: _____

Alergias a medicamentos: Sin alergias a medicamentos conocidas Alérgico/a a: _____

Medicamento solicitado para administrar: _____ Dosis: _____

Direcciones: _____

¿Ha tomado el niño/a este medicamento antes? Si No (todas las primeras dosis de medicamentos deben administrarse en casa)

Autorización de los padres:

Cuando sea necesario que su hijo/a reciba medicamentos durante el día, se debe seguir lo siguiente:

- Todos los medicamentos deben estar en el envase original y deben ser proporcionados por los padre(s) o guardian(es).
- Los medicamentos recetados se administrarán según la etiqueta de prescripción / orden del médico. Los medicamentos de venta libre se administrarán según la etiqueta del frasco. Cualquier desviación de las instrucciones de dosificación en el frasco requiere una orden médica.
- Se pueden administrar medicamentos de venta libre por hasta 5 días. Se requerirá una solicitud por escrito de un médico cuando el medicamento deba administrarse por un período más largo.

Autorizo al médico nombrado a continuación a divulgar información a Lockhart ISD Servicios de Salud con respecto a los medicamentos que mi hijo/a tomará durante el horario escolar. Solicito que la enfermera de la escuela o el personal designado capacitado administren el medicamento a mi hijo/a según la orden del médico / botella de medicamento. Autorizo al personal de Servicios de Salud a intercambiar información con el médico sobre medicamentos y problemas relacionados con la salud. Entiendo que es mi responsabilidad personal proporcionar un suministro adecuado de este medicamento en el envase original y debidamente etiquetado. Notificaré a la escuela inmediatamente si cambia el estado de salud de mi hijo/a, si hay un cambio de médico o si se cambia o cancela el medicamento. No se debe mantener en la escuela un suministro de medicamentos para más de 30 días. Al final del año escolar, todos los medicamentos que no hayan sido recogidos por el padre / guardian serán destruidos.

Nombre impreso del padre: _____ # de telefono: _____

Firma del padre: _____ fecha: _____

Physician Authorization: Please be sure to provide action plans for seizures, asthma, and severe allergies.

Medication Allergies: NKDA Allergic to: _____

Medication: _____ Dose (mg not tablets): _____ Route: _____

Administration Instructions: Time(s) _____ Dates _____ OR Entire School Year

Condition for which the medication is required: _____

If PRN, describe indication: _____ May repeat PRN dose after: _____

Special Instructions or known side effects of medication: _____

I verify the above medication information is accurate and needs to be administered during school hours for the student listed. Student is authorized to self-carry and self-medicate (inhalers, epi-pens, and diabetes care) Yes No

Physician's Name: _____ Signature: _____ Date: _____