

**PERMISO DEL PADRE/GUARDIÁN LEGAL PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO EN LA ESCUELA y ORDEN FIRMADA POR EL MÉDICO**

El/los **padre(s)/guardián(es) legal(es)** de \_\_\_\_\_ firma(n) abajo y pide(n) que el  
 (Nombre del estudiante)  
 personal empleado por el Adams 12 Five Star Schools administre o supervise la administración de medicamento como lo prescribió abajo el médico que recetó el medicamento. **Este permiso es efectivo durante el año escolar actual.**

El Adams 12 Five Star Schools requiere, como condición a su acuerdo de administrar cualquier medicamento, que el medicamento haya sido recetado por un médico, dentista u otro recetante autorizado, y que será provisto por los padres o los guardianes del estudiante en un frasco provisto por la farmacia o en el envase original del medicamento sin receta, con la etiqueta apropiada que indica el nombre del estudiante, el nombre del medicamento, dosis, y cuándo se ha de administrar el medicamento. Se entiende que se administra el medicamento solo por solicitud de y como un favor a los padres o los guardianes legales que firman abajo. Al firmar este permiso autorizo a los empleados del Adams 12 Five Star Schools para que se comuniquen con el médico si es necesario clarificar la orden prescrita. La política del Adams 12 Five Star Schools requiere que los medicamentos (recetados o sin receta) sean guardados en un área asegurada en la oficina de salud de la escuela. El medicamento será administrado por empleados del Adams 12 Five Star Schools de acuerdo a las ordenes escritas del médico o del plan de tratamiento, el permiso de los padres y como se especifica en la Política del Superintendente 5141.

**NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA** del Médico/Dentista o Recetante Autorizado      **ESCUELA**      **TELÉFONO**      **FAX**

Firma del PADRE/MADRE: \_\_\_\_\_      FECHA: \_\_\_\_\_

**ORDEN FIRMADA POR EL MÉDICO PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA**

<p><b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b> _____</p> <p><b>DOSIS DEL MEDICAMENTO</b></p> <p>1. TABLETAS/CÁPSULAS/LÍQUIDOS/AMPOLLETA _____ MG</p> <p align="center">O</p> <p>2. INHALADORES _____ CANTIDAD DE INHALACIONES _____</p> <p><b>VÍA DE ADMINISTRACIÓN</b></p> <p><input type="checkbox"/> ORAL    <input type="checkbox"/> TÓPICO    <input type="checkbox"/> RECTAL    <input type="checkbox"/> INHALADO    <input type="checkbox"/> NEBULIZADOR</p> <p><b>SÍNTOMAS</b> _____</p> <p><b>FRECUENCIA</b> _____</p> <p><input type="checkbox"/> ANTES DE EJERCITARSE</p> <p><input type="checkbox"/> PUEDE REPETIRSE CADA _____</p>	<p><b>FECHA DE COMIENZO</b> _____</p> <p><b>FECHA DE TERMINACIÓN</b> _____</p> <p><b>PROPÓSITO</b> _____</p> <p>_____</p> <p><b>POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS</b> _____</p> <p>_____</p> <p><b>OTROS COMENTARIOS</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
---	---

**PARA MEDICAMENTOS DE EMERGENCIA (EPI-PENS Y/O INHALADORES) QUE TIENEN QUE SER LLEVADOS POR EL ESTUDIANTE, LLENE EL REVÉS DE ESTA FORMA. TIENE QUE RENOVAR LA FORMA CADA AÑO ESCOLAR.**

Firma del Médico/Dentista/Otro Recetante Autorizado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Dirección de la Oficina \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Número de Teléfono de la Oficina \_\_\_\_\_ Número de Fax de la Oficina \_\_\_\_\_

**ORDEN DEL MÉDICO/PLAN DE SALUD PARA QUE EL ESTUDIANTE LLEVE CONSIGO  
MEDICAMENTOS DE EMERGENCIA EN LA ESCUELA**

**NOMBRE DEL ESTUDIANTE** \_\_\_\_\_ **NOMBRE DEL MEDICAMENTO** \_\_\_\_\_

Según lo especifica el código de la Política del Superintendente 5141, hay algunas situaciones específicas y significativas en las cuales el proveedor de salud emitirá instrucciones escritas para que el estudiante lleve consigo medicamento de emergencia en todo momento, aún durante las horas de clases. ***En tales casos se debe considerar la edad del estudiante, su habilidad para administrar su propio medicamento, y su habilidad para observar la política del distrito referente a poseer medicamentos de emergencia.***

**LA SEGURIDAD Y PROTECCIÓN DE LOS ESTUDIANTES EN LA ESCUELA ES LO MÁS IMPORTANTE EN TODO MOMENTO; POR LO TANTO, HAY RESPONSABILIDADES QUE LA FAMILIA Y EL ESTUDIANTE TIENEN QUE ASUMIR CUANDO EL ESTUDIANTE LLEVA CONSIGO MEDICAMENTOS DE EMERGENCIA DURANTE EL DÍA ESCOLAR.**

Al firmar abajo, yo/nosotros acordamos regirnos por los términos de este plan y las provisiones de la Política 5141 del Superintendente. El padre/guardián exime al Adams 12 Five Star Schools, sus empleados, agentes, y voluntarios de cualquier y toda responsabilidad relacionada con la orden de administración del medicamento por el estudiante, excepto que el padre/guardián no renuncia a ninguna reclamación relacionada con la mala conducta intencional o maliciosa del Distrito, sus empleados, agentes, y voluntarios.

**CONTRATO PARA QUE EL ESTUDIANTE LLEVE Y ADMINISTRE SU MEDICAMENTO DE EMERGENCIA**

- El proveedor de cuidado de salud confirma que el estudiante ha sido entrenado y es capaz de llevar y administrar por sí mismo el medicamento para emergencia ordenado por el médico.
- El médico completó la orden para el medicamento en el revés de esta forma.

**Firma del MÉDICO:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

- Yo mantendré mi inhalador y/o Epi-pen conmigo en la escuela en vez de la oficina de salud de la escuela. No puedo dejarlos desatendidos en ningún salón de clases, pupitre, o mochila (se puede hacer una excepción con el inhalador en los casilleros de PE con seguro).
- Acuerdo usar mi inhalador y/o Epi-pen responsablemente, de acuerdo con las órdenes de mi médico.
- Acuerdo notificar al encargado de salud en la escuela o al personal apropiado si no puedo controlar mi asma con el inhalador.
- Acuerdo notificar al encargado de salud en la escuela o al personal apropiado si uso mi Epi-pen o tengo síntomas de una reacción alérgica severa para que ellos llamen al 911 inmediatamente.
- Acuerdo **NO PERMITIR** que otra persona (adulto o estudiante) use mi medicamento de emergencia.

**Firma del ESTUDIANTE:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

- Acuerdo asegurar que mi hijo lleve su medicamento de emergencia como recetado, y que el medicamento está propiamente identificado por la farmacia y no está expirado.
- Acuerdo / rehúso mantener medicamento adicional de emergencia en la oficina de salud de la escuela.
- Acuerdo revisar regularmente, y como sea necesario para implementar este plan de tratamiento, el estado de salud de mi hijo con el/la Enfermero(a) Licenciado(a) del Distrito.

**Firma del PADRE:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

- El estudiante mencionado arriba ha demostrado la técnica correcta para el uso del inhalador y/o Epi-pen.
- El estudiante mencionado arriba expresó verbalmente su entendimiento de las órdenes del médico para la hora y dosis en que necesita administrar el medicamento recetado.
- Se le ha notificado al personal indicado en el distrito la condición médica del estudiante y su necesidad de llevar consigo el medicamento de emergencia mientras está en la escuela.

**Firma del ENFERMERO(A) LICENCIADO(A) DEL DISTRITO:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_