

FORMULARIO DE PERMISO PARA TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS POR LA ESCUELA

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Año escolar _____

Diagnóstico/Condición _____

PERMISO PARA LA ADMINISTRACION Y TRATAMIENTO MEDICO Y/O MEDICINAS EN LA ESCUELA

- A los padres se les pide que provean el tratamiento de salud y den los medicamentos en las casas en un horario fuera de las horas escolares si es posible. Si es necesario que el tratamiento y/o las medicinas se den durante las horas escolares, las siguientes regulaciones se deben seguir. *Por Favor Tome En Cuenta Que: "Medicinas" se refiere a cualquier medicamento recetado, no-recetado, tratamientos homeopáticos, herbarios, vitaminas, o preparaciones minerales.*
- Tratamientos de salud y medicamentos deben ser recetados por escrito por un médico o proveedor licenciado de salud y debe ser renovado por lo menos anualmente. Los proveedores de planes de salud deben llenar la Parte 1 mas abajo y deben firmar la Parte 2 del formulario, y enviar las instrucciones escrito por fax a la escuela.
- Todos los medicamentos, recetados y no-recetados, se deben traer a la escuela en el envase original de la farmacia con la etiqueta original mostrando el nombre del estudiante, el nombre del medicamento, la potencia del medicamento, la dosis, y las horas en que se deben tomar. Solo el padre/tutor u otro adulto responsable o la farmacia pueden traer los medicamentos a la escuela. No se les permite a los estudiantes traer sus propios medicamentos a la escuela.
- Provisiones para tratamiento de salud para uso en la escuela, deben proveerse por cada estudiante y por el padre/tutor cuando sea necesario
- Se requiere una autorización por escrito del padre/tutor para administrar el tratamiento de medicamentos en la escuela bajo la dirección del médico/licenciado o proveedor del plan de salud, incluyendo permiso para llamar al médico/licenciado o proveedor del plan de salud si fuera necesario. El padre debe firmar la Parte 2 mas abajo.

PARTE I: INSTRUCCIONES DEL MEDICO O PROVEEDOR DEL PLAN DE SALUD

TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS	POTENCIA	DOSIS/PASOS A SEGUIR	HORA(S)/FRECUENCIA	
			Casa	Escuela

Recomendaciones, consideraciones especiales, efectos secundarios, precauciones, alergias: _____

PARTE 2: FIRMAS DE AUTORIZACIÓN

Las siguientes firmas sirven como autorización escrita o permiso para administrar el tratamiento de salud y/o los medicamentos ordenados a la escuela. El permiso de autorización incluye darle permiso al personal docente y al encargado de proveer el plan de salud de comunicarse entre ellos si fuera necesario. Medicamentos e información de tratamiento es confidencial, pero puede ser compartido con el personal apropiado para el cuidado de emergencia.

Doctor: _____
Nombre en letra de molde _____ Firma _____

Fecha _____ Teléfono _____ Fax _____

Padre/Tutor: _____
Nombre en letra de molde _____ Firma _____

Fecha _____ Teléfono _____ Fax _____