



Student Health Services SHS-1 Form

AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICINA EN LA ESCUELA LOS PADRES DEBEN SUMINISTRAR LA MEDICINA PARA QUE SE GUARDE EN LA ESCUELA

Este formulario deberá completarse si la medicina debe ser administrada durante las horas de clase habituales, en las excursiones o durante una actividad escolar supervisada "antes" o "después" del horario normal. Siempre que resulte posible, por favor déle la medicina en casa, antes o después del horario escolar.

NOMBRE DEL ALUMNO: _____ FECHA DE NAC.: _____ AÑO ESCOLAR: _____

MAESTRO: _____ GRADO: _____ ALERGIAS: _____

Por la presente solicito al Sistema Escolar del condado de Fulton, a través del Director o la persona designada, que supervise/asista a mi hijo en la administración de su medicina, según las instrucciones especificadas a continuación.

Comprendo que:

- Las medicinas (recetadas o de venta libre) **DEBEN** estar en su envase etiquetado original (no en bolsitas, papel de alumno, etc.);
- El padre/madre/tutor legal tiene la responsabilidad de asegurarse de que la escuela reciba las indicaciones específicas sobre el uso de la medicina, incluso la medicina en sí y el equipo o instrumentos relacionados;
- El padre/madre/tutor legal tiene la responsabilidad de informar a la escuela sobre cualquier cambio relativo a la medicina (medicinas nuevas o cambio de dosis). A menos que se complete un formulario nuevo, **NO SE ADMINISTRARÁ** medicinas nuevas o dosis diferentes;
- Los padres y/o el alumno deberán llevar la medicina directamente a la enfermería o a la recepción de la escuela;
- La medicina que no se use se desechará en forma adecuada a menos que se recoja dentro de la semana de haberse dejado de tomar;
- Los empleados escolares no asumirán responsabilidad alguna por supervisar o asistir en la administración de la medicina;
- Al completar este formulario, autorizo a los Servicios de Salud Estudiantil para que puedan discutir esta orden/pedido de medicación con el médico que la/lo prescribió, en el caso que resulte necesario.

Eximo al Sistema Escolar del condado de Fulton y a sus empleados de toda responsabilidad legal relacionada con la administración de esta medicina. La firma del padre/madre/tutor legal es necesaria tanto en el caso de las medicinas prescriptas como en el de las de venta libre.

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL

NOMBRE EN IMPRENTA

FECHA

Teléfono de casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

MEDICINA DE VENTA LIBRE (EL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN)

| | | |
|------------------------|------------------------|---|
| NOMBRE DE LA MEDICINA: | | PROBLEMA MÉDICO POR EL CUAL REQUIERE LA MEDICINA: |
| FECHA DE COMIENZO: | FECHA DE FINALIZACIÓN: | DOSIS Y HORARIO EN QUE DEBE TOMARLA: |

PRESCRIPTA (EL MÉDICO/PROFESIONAL DE LA SALUD DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN)

| | |
|--|--|
| NOMBRE DE LA MEDICINA: | DOSIS PRESCRIPTA: |
| EFFECTOS SECUNDARIOS POSIBLES: | ADMINISTRACIÓN Y OTRAS INSTRUCCIONES ESPECIALES: |
| PROBLEMA MÉDICO POR EL CUAL PRECISA LA MEDICINA: | |

FIRMA DEL MÉDICO

NOMBRE EN IMPRENTA

FECHA

Teléfono: _____ Fax: _____

Esta sección deberá completarla **SÓLO** la enfermera,/asistente/enfermedad de educación especial

| | | |
|----------------------|---------------------------------------|-----------------|
| FECHA RECIBIDA | NOMBRE DE LA MEDICINA | NÚMERO DE DOSIS |
| FECHA DE VENCIMIENTO | FECHA DEVUELTA AL REPRESENTANTE LEGAL | COMPLETADO POR |