

## SOLICITUD DE LOS PADRES PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS CON RECETA A UN ALUMNO

Los padres o tutores deben cumplir con las siguientes pautas:

1. TODOS los medicamentos se guardarán en la enfermería.
2. Los medicamentos solo se van a administrar en la escuela si no es posible que se den antes o después del horario escolar.
3. Todos los medicamentos con receta DEBEN estar en el frasco original, con una etiqueta de prescripción de farmacia con el nombre del estudiante. No se debe traer a la escuela más de **UN SUMINISTRO DE medicamento para UN MES** a la vez, en un frasco con etiqueta de prescripción.
4. Medicamentos de venta libre: deben ser apropiados para la edad, deben estar en el envase original y se administrarán de acuerdo con la etiqueta del paquete. **Los medicamentos de venta libre no se administrarán por más de 10 días sin órdenes del médico.**
5. TODOS los medicamentos con receta y de venta libre NO se administrarán sin una nota del médico.
6. FISS no administrará ningún medicamento vencido.
7. A pedido de T.E.A., el distrito escolar **no proporcionará** ningún medicamento de venta libre (es decir, Tylenol, ibuprofeno, etc.).
8. Es responsabilidad del estudiante acudir a la enfermería a la hora necesaria para tomar su medicación.

**Nota: No podemos almacenar ningún medicamento en la escuela durante el verano y desecharemos todos los medicamentos que queden después del último día de clases.**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de la solicitud: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Campus: \_\_\_\_\_ Profesor de aula/Clase: \_\_\_\_\_

Medicamento y dosis: \_\_\_\_\_

Condición para la que se debe administrar el medicamento: \_\_\_\_\_

Cantidad a administrar: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Instrucciones especiales: \_\_\_\_\_

Fecha de suspensión: \_\_\_\_\_

*Doy mi consentimiento para la divulgación de la información médica contenida en este formulario a los funcionarios escolares que tengan un interés educativo legítimo en la información, de acuerdo con la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia. Doy mi permiso para divulgar información confidencial sobre los problemas de salud específicos de mi hijo a terceros, que no sean funcionarios escolares, según sea necesario para facilitar la atención médica y/o el tratamiento de mi hijo. Autorizo a la enfermera y a los médicos que prescriben el medicamento a discutir o aclarar de manera confidencial esta orden de medicación y a discutir la respuesta del estudiante a la medicación prescrita según sea necesario según la ley (Leyes de Práctica Médica y Práctica de Enfermería de Texas).*

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono durante el día

**Haga que el médico complete esta sección si el medicamento se administrará durante más de 10 días.**

---

Nombre del médico en letra de imprenta

Número de teléfono

Firma del médico

**\*\*Se ha capacitado al estudiante y se le ha observado en el uso del inhalador. Se le debe permitir que lleve consigo el inhalador en todo momento.**

---

Firma del médico