

# Formulario para autorizar la administración de medicamentos en la escuela



**Padre/tutor sírvase completar la sección a continuación.**

Escuela: \_\_\_\_\_ # de Fax \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Apellido y nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Proveedor de atención médica: \_\_\_\_\_ Teléfono del Proveedor: \_\_\_\_\_

# Fax del Proveedor de atención médica \_\_\_\_\_

Favor de marcar una casilla:

- Solicito que personas autorizadas de mi escuela ayuden a mi hijo(a) a tomar los medicamentos descritos a continuación. También doy permiso, para que se intercambie información entre la enfermera de la escuela y el proveedor de atención médica.
- Solicito que se le permita a mi hijo(a) auto administrarse del medicamento. También doy permiso, para que se intercambie información entre la enfermera de la escuela y el proveedor de atención médica. Libero de responsabilidad y compensaré al Distrito Escolar de Seattle No. 1, a sus agentes, empleados y miembros de la junta escolar en contra de cualquier reclamo, juicios o responsabilidades derivadas de la auto administración de medicamentos, así mismo, que el medicamento sea llevado por mi hijo(a).
- Tengo 18 años o más y firmo este formulario bajo mi propia responsabilidad (RCW 26.28.015 o RCW 70.02.130) para solicitar que se me autorice, auto administrarme el medicamento. También doy permiso, para que se intercambie información entre la enfermera de la escuela y mi proveedor de atención médica. Libero de responsabilidad y compensaré al Distrito Escolar de Seattle No. 1, a sus agentes, empleado y miembros de la junta escolar en contra de cualquier reclamo, juicios o responsabilidades derivadas de la auto administración de medicamentos, así mismo, que el medicamento sea llevado por mí mismo.

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Teléfono primario: \_\_\_\_\_ Teléfono de emergencia: \_\_\_\_\_

**Proveedor de atención médica complete la sección a continuación.**

He determinado que el medicamento mencionado a continuación es aconsejable durante el día escolar.

Diagnóstico para la administración del medicamento: \_\_\_\_\_

Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

Vía de administración: \_\_\_\_\_

Si el medicamento debe administrarse DIARIAMENTE, ¿A qué hora? \_\_\_\_\_

Si el medicamento debe administrarse CUANDO SEA NECESARIO, describa las indicaciones: \_\_\_\_\_

¿En cuánto tiempo puede repetirse?: \_\_\_\_\_

¿El niño(a) está autorizado(a) a auto administrarse el medicamento? Encierre en un círculo **SI NO**

Si la respuesta es sí, el estudiante ha sido entrenado por el Proveedor de atención médica y es segura su auto administración. Encierre en un círculo **SI NO**

Periodo de tiempo que este tratamiento es recomendado: \_\_\_\_\_

Posibles efectos adversos: \_\_\_\_\_

Procedimientos de emergencia en caso de efectos secundarios graves: \_\_\_\_\_

Firma del proveedor de atención médica: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# Autorización para administrar medicamentos en la Enfermería de las Escuelas Públicas de Seattle

Siempre que sea posible, recomendamos que las dosis de los medicamentos sean programadas **no durante el horario de clases**. Para aquellos estudiantes que necesiten sus medicamentos durante el horario escolar, vea a continuación los requisitos de la Ley del Estado de Washington RCW 28A.210.260.

1. **TODOS los** medicamentos (incluyendo los de venta libre) que sean administrados en la escuela, requieren la firma de autorización de ambos padre/tutor y un médico autorizado.
2. Los medicamentos deberán estar marcados correctamente (ver a continuación) y en el envase original de la farmacia.
  - a. Nombre del estudiante.
  - b. Nombre y lo fuerte que es el medicamento (incluyendo la dosificación que se va a administrar).
  - c. Hora y como se debe administrar.
  - d. Tiempo de duración/día(s) que será administrado.
3. Otros medicamentos que no sean administrados de forma oral como; en ojos, oídos o tópicos, pueden ser administrados por una enfermera acreditada. El auto inyector Epinephrine (Epi-Pen, Auvi-Q) son una excepción. Favor de comunicarse con la enfermera de su escuela para más información.

**El formulario de autorización para administrar medicamentos en la escuela, deberá ser llenado y archivado en la escuela del estudiante, antes de que se pueda administrar el medicamento.**

Gracias,

Seattle Public School Health Services

P.O. Box 34165, MS 31-650

Seattle, WA 98124-1165

Teléfono (206) 252-0750

Fax (206) 252-0751