

Autorización para administrar medicamentos

Barrow County School System

Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____ Alergias _____

Escuela _____ Año Escolar _____

Grado _____ Maestro(a) _____

Favor de recordar lo siguiente:

1. Todos los medicamentos, o con receta o sin receta, deben de estar en el recipiente original con etiqueta (no se permiten ni *baggies* plásticos ni papel aluminio)
2. Está prohibido anular o contradecir las instrucciones escritas en la etiqueta de una medicina con o sin receta con una nota escrita por los padres.
3. Los padres o tutores legales deben de darnos instrucciones específicas tanto como el medicamento y cualquier aparato médico al director de la escuela o al personal de la clínica.
4. Los padres o tutores legales tienen la responsabilidad de informar al personal de la escuela de cualquier cambio. Si sucede que hay cambios en cuanto a la dosis recetada, uno tiene que tener otro recipiente con nueva etiqueta o una nota por escrito firmada por el médico.
5. Hay que llevar todos los medicamentos directa e inmediatamente a la oficina o a la clínica de la escuela.
6. Se bota toda la medicina no tomada o usada a menos de que uno se la recoge dentro de una semana después de dejar de tomarla.
7. La escuela va a contactar al médico que recetó la medicina o a la farmacia que la suministró según la necesidad de hacerlo.
8. Los padres o tutores legales tienen la responsabilidad de asegurarse de que toda la medicina del recipiente llegue a la escuela.
9. Se administran las medicinas normalmente sin receta solamente con una orden (por su firma) del médico.
10. Solamente se administran los medicamentos sin receta por 3 días consecutivos y no en exceso de 7 días del calendario a menos de que se lo dirija el doctor.

Nombre de la Medicina _____ ¿ Con receta? SÍ NO

Name of Medication _____ Is this a prescription medication? YES NO

Dosis y hora de tomarla _____

(Importante: Si es diferente de la de la etiqueta la escuela no podrá administrarla)

Dosage and Time of Administration _____

(Note: If different from labeled directions the school will not give the medications)

La botella contiene cuántas tabletas _____ Dejar de tomar _____ Fecha de expiración _____

Number of Pills in Container _____ Stop medication on _____ Expiration Date _____

Razón por tomarla _____

Reason for Medication _____

Nombre del médico _____ Teléfono _____

Physician's name: _____ Phone Number _____

Physician's Signature: _____ Date: _____