

# PLANILLA DE AUTORIZACION DE MEDICAMENTOS DEL DISTRITO ESCOLAR DE PLYMOUTH

Nota: cada medicamento requiere un formulario separado

## Los padres completarán esta sección:

Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Maestro/HR \_\_\_\_\_  
Medicamento \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_  
Manera de administrarse \_\_\_\_\_ Frecuencia \_\_\_\_\_ Duración \_\_\_\_\_  
Cuántas veces debe darse \_\_\_\_\_  
Fecha del inicio \_\_\_\_\_ Fecha en que debe pararse (no debe exceder el año escolar actual) \_\_\_\_\_  
Efectos secundarios potenciales \_\_\_\_\_

Si PRN (si se requiere) indique la condición bajo la cual el personal de la escuela debe administrar la medicina, i.e. Dolor de cabeza, fiebre, dolor, tos, etc. \_\_\_\_\_

Nombre del médico \_\_\_\_\_  
*Por el presente doy permiso al personal designado por el director o la enfermera de la escuela para darle la medicina a mi hijo(a) de acuerdo a las instrucciones indicadas. También autorizo al personal de la escuela designado a la administración del medicamento a que llame al médico de cabecera o a mi, si hubiera cualquier duda en cuanto a la administración del medicamento. Notificaré a la escuela cuando la medicina deba ser descontinuada y/o cuando la dosis cambie. Entiendo que cuando la medicina vuelve a comenzarse un nuevo formulario de autorización es requerido. Entiendo que cualquier dosis no usada de la medicina será destruída en un plazo de 10 días si no es reclamada después de que se haya descontinuado.*

X \_\_\_\_\_ Teléfono de la casa \_\_\_\_\_  
(Padre o Representante)  
Fecha \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

## Para ser completada por el médico de cabecera:

Entiendo que con mi firma en este documento daré asistencia y consejo al personal indicado de la escuela en relación a la administración de los medicamentos abajo descritos, lo cual incluye aceptar comunicación directa. Además entiendo que todas las instrucciones serán expresadas en lenguaje entendible y no técnico.

Diagnosis/Razón para la medicina \_\_\_\_\_  
Medicamento \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_  
Modo de administrarse \_\_\_\_\_ Frecuencia \_\_\_\_\_ Duración \_\_\_\_\_  
(la duración no excederá del presente año escolar). Cuántas veces debe darse la dosis \_\_\_\_\_  
Fecha de inicio \_\_\_\_\_ Fecha en que debe pararse \_\_\_\_\_  
Instrucciones especiales para su administración \_\_\_\_\_

Reacciones secundarias potenciales \_\_\_\_\_  
(Si así se indicara, el personal de la escuela se pondrá en contacto con el padre/representante/o médico).

Solicito que la enfermera de la escuela vea al estudiante para un seguimiento de \_\_\_\_\_  
El estudiante puede \_\_\_\_\_ No puede \_\_\_\_\_ llevar consigo y/o administrarse la medicina el mismo en la escuela.

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico No de teléfono

\_\_\_\_\_  
Nombre del médico Fecha Dirección

**DISTRITO ESCOLAR CONJUNTO DE PLYMOUTH**  
**PLANILLA PARA AUTORIZACION DE MEDICAMENTOS**

Estimados padres/representantes,

Si un estudiante debe tomar medicinas el/ella debera hacerlo en casa, siempre que sea posible. En el caso en que un estudiante deba tomar medicinas en la escuela, el formulario adecuado para el consentimiento debe darse al personal designado en la escuela para administrar el medicamento.

**Cada medicamento requiere un formulario separado**

**Para medicamentos sin receta médica-** los padres o representantes deberán presentar autorización por escrito.

**Para medicamentos con receta médica,** además de la autorización por parte- del padre o representante, el médico deberá también dar autorización por escrito.

El personal de la escuela no administrará medicinas sin que los formularios escritos con el consentimiento debidamente llenadas y firmadas, estén en poder de la escuela. Estas planillas serán mantenidas en custodia confidencial de acuerdo con los estatutos del Estado de Wisconsin. 118.29(4).

Todo medicamento sea o no con receta médica, deberá estar en su contenedor original. Los de receta médica deberán tener una etiqueta de la farmacia indicando el nombre del niño(a), indicando la dosis correcta, el tiempo y cantidad en que debe administrarse. Todos los medicamentos serán guardados, bajo llave, en un gabinete que será accesible solamente a aquellos que tienen la autoridad de darle el medicamento al estudiante.

Los padres serán responsables de traer los medicamentos a la escuela y de recoger aquellos no usados antes de 10 días antes de que sean descontinuados. Los estudiantes no deben traer las medicinas consigo. Entendemos que esto puede ser difícil bajo ciertas circunstancias. Por favor póngase en contacto con la enfermera de la escuela al 893-6911 o al 892-4076 para discutir sus opciones.

El personal de la escuela que administrará los medicamentos a los estudiantes habrán sido orientados y entrenados para ello. Por ley, el personal de la escuela no podrá partir tabletas. Si su niño necesita recibir una dosis de media pastilla, estas pastillas deberán ser partidas en la casa o por la farmacia al llenar la receta.

La política de la escuela no permite administrar en la escuela drogas no aprobadas por la FDA (suplementos herbales y de dieta).

Los estudiantes que se administren la medicina ellos mismos, deberán mantener una autorización a tal efecto en la escuela. Es recomendable que los estudiantes nunca lleven suministro de mas de una semana de medicina.

De acuerdo con las normas de práctica de enfermería, la enfermera de la escuela puede rehusar administrar, o permitir la administración de cualquier medicamento, que basado en su juicio profesional, tenga el potencial de dañar, o sea peligroso o inapropiado. En estos casos, la enfermera de la escuela notificará a los padres o representantes, así como al médico explicando las razones por las que rehusa administrar la medicina. Bajo el estaturo 118.29(2)(a)(3), quienquiera que tenga la autorización de administrar medicinas bajo o sin receta médica, excepto enfermeras, no tendrán responsabilidad a menos de que se trate de un acto de alto grado de negligencia.