

**TITLE:**

Autorización para que la escuela administre medicamentos o suplementos dietéticos a los estudiantes y Autorización para divulgar información de salud

FORM: JHCD-R-F(1)S

Updated 7/27/2020

PARTE A: Solicitud parental para que la escuela administre medicamentos (de venta libre o recetados) o suplementos dietéticos

La parte A debe ser completada para que la escuela administre medicamentos (de venta libre o recetados) o suplementos dietéticos al estudiante.

Solicito a la escuela que le administre a mi hijo _____ este medicamento: _____
Nombre del estudiante Nombre del medicamento

Horarios en que debe ser administrado: cada _____ horas cuando sea necesario o a las _____ diariamente. En las fechas desde _____ hasta _____

Reconozco: (1) La escuela no administrará ningún medicamento durante más de cinco días escolares consecutivos, a menos que la solicitud esté acompañada de la PARTE B – Orden del proveedor de atención médica. (2) Debo suministrar todos los medicamentos en sus envases originales y si es un medicamento recetado, el envase debe tener la etiqueta en donde se identifica la farmacia, las instrucciones de dosis y el nombre del proveedor de atención médica. (3) Si el medicamento o la dosis cambian, notificaré a la escuela inmediatamente y completaré un nuevo formulario de autorización. (4) La escuela confiscará el medicamento y tomará medidas disciplinarias si el estudiante hace uso indebido del mismo, incluso la posesión o autoadministración sin autorización. (5) Si he proporcionado un formulario completo PARTE B, autorizo a la escuela a hablar con mi proveedor de atención médica respecto del medicamento o suplemento dietético de mi hijo. Los medicamentos que no sean retirados al finalizar el año escolar serán destruidos.

Nombre del padre/tutor (escribir en letra de molde)_____
Firma del padre o tutor legal_____
Fecha_____
Teléfono particular_____
Teléfono del trabajo_____
Correo electrónico**PARTE B: Orden del proveedor de atención médica para que la escuela administre medicamentos (de venta libre o recetados) o suplementos dietéticos**

La parte B debe ser completada para que la escuela administre medicamentos (de venta libre o recetados) o suplementos dietéticos al estudiante durante más de cinco días escolares consecutivos.

Solicito que al siguiente estudiante se le administre el medicamento en la escuela porque considero que existe una razón de salud válida, la cual necesita la administración del medicamento durante el día escolar.

Nombre del estudiante_____
Fecha de nacimiento_____
Medicamento_____
Horario en el que debe administrarse en la escuela_____
Afección que se está tratando_____
Dosis y modo de administración_____
Efectos secundarios previsible, si hubiese. (¿Qué medidas de emergencia se deben tomar si esto ocurre?)_____
Otros medicamentos que la escuela debe tener en cuenta_____
Nombre del proveedor de atención médica (escribir en letra de molde)_____
Firma del proveedor de atención médica_____
Dirección_____
Fecha_____
Teléfono_____
Fax_____
Correo electrónico