



# Autorización para la Administración de Medicamentos

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

Año escolar: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Maestro/a: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

**\*\*PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO O PROFESIONAL AUTORIZADO\*\***

- Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_
- Razon para el medicamento: \_\_\_\_\_
- Dosis: \_\_\_\_\_ Hora de administración: \_\_\_\_\_
- Duración del medicamento (semana, mes, indefinido, etc.): \_\_\_\_\_
- ¿Efectos secundarios (circule uno)? Sí / No Si respondió "sí", especifique:  
\_\_\_\_\_
- Forma del medicamento/tratamiento:  Tablet  Líquido  Inhalador  Inyección  Nebulizador  
 Otro: \_\_\_\_\_
- Requisitos especiales de almacenamiento:  Ninguno  Refrigerar

FIRMA DEL PROFESIONAL AUTORIZADO	NOMBRE EN LETRA DE MOLDE	FECHA
----------------------------------	--------------------------	-------

DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX
-----------	----------	-----

**\*\*PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE/MADRE O TUTOR LEGAL\*\***

He leído la Autorización para la Administración de Medicamentos en el reverso de este formulario y por la presente solicito y autorizo al personal de las Escuelas Públicas de Oklahoma City a administrar este medicamento según las instrucciones. Estoy de acuerdo en liberar, indemnizar y eximir de responsabilidad a las Escuelas Públicas de Oklahoma City y a cualquiera de sus oficiales, empleados o agentes de cualquier demanda, reclamo o acción por administrar el/los medicamento(s) mencionado(s) anteriormente a mi hijo/a. Entiendo que se concede permiso para el intercambio de comunicación verbal y/o escrita entre el personal de RN/LPN y el proveedor que prescribe este medicamento. Este documento autoriza que a mi hijo/a se le administre medicamento(s) por parte de personal escolar capacitado durante excursiones/actividades escolares dentro del horario escolar.

También entiendo que cualquier medicamento restante debe ser recogido por un padre/madre o tutor legal en o antes del último día de clases, de lo contrario, el medicamento será destruido.

Este formulario vence al final del año escolar académico actual (incluyendo escuela de verano).

FIRMA DEL PADRE/MADRE O TUTOR LEGAL	FECHA
-------------------------------------	-------

## AUTORIZACIÓN PARA AUTOADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA ASMA, ANAFILAXIA, DIABETES Y CONVULSIONES

(Complete SOLO si prescribe estos medicamentos para que el estudiante los lleve consigo)

**\*\*PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO O PROFESIONAL AUTORIZADO\*\***

- Este estudiante ha sido instruido, y es capaz y responsable de administrarse este medicamento:  Sí  No
- Este estudiante puede portar este medicamento consigo:  Sí  No

FIRMA DEL PROFESIONAL AUTORIZADO (OBLIGATORIA)	FECHA
--	-------

**PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE/MADRE O TUTOR LEGAL - AUTORIZACIÓN PARA AUTOADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO:**

**EL DISTRITO ESCOLAR NO SERÁ RESPONSABLE DE NINGUNA LESIÓN RESULTANTE DE LA AUTOADMINISTRACIÓN DEL MEDICAMENTO POR PARTE DE MI HIJO/A. DE ACUERDO CON LA LEY DE OKLAHOMA, ENTIENDO QUE DEBO PROPORCIONAR A LA ESCUELA UN SUMINISTRO DE EMERGENCIA DEL/LOS MEDICAMENTO(S).**

FIRMA DEL PADRE/MADRE O TUTOR LEGAL (OBLIGATORIA)	TELÉFONO	FECHA
---	----------	-------

Si es necesario que un medicamento sea administrado durante el horario escolar, se deben cumplir los siguientes requisitos: Al firmar la Solicitud y Liberación de Medicamento, el padre/madre o tutor legal entiende que bajo la ley estatal; la Junta de Educación de OKCPS, el Distrito Escolar de las Escuelas Públicas de Oklahoma City, o los empleados del Distrito no serán responsables ante el estudiante o sus padres o tutores por daños civiles por cualquier lesión personal al estudiante que resulte de actos u omisiones y/o efectos adversos de este medicamento.

Los medicamentos de venta libre deben estar en su envase original sin abrir. El nombre del estudiante debe estar escrito en la caja/botella, y la dosis y frecuencia deben coincidir con las instrucciones de la etiqueta. No se aceptarán medicamentos en bolsas o sobres. No se administrará ningún medicamento en la escuela ni durante actividades patrocinadas por la escuela sin una Solicitud y Liberación de Medicamento del año escolar actual debidamente completada y firmada por un padre/madre o tutor legal.

Los medicamentos con receta deben ser ordenados o recomendados por un médico/dentista autorizado, y se concede permiso para el intercambio de comunicación verbal y/o escrita entre el personal escolar y el proveedor que prescribe este medicamento.

Los medicamentos con receta deben traerse a la escuela en su envase original actual con la etiqueta de la farmacia intacta. La etiqueta debe incluir el nombre del estudiante, el nombre del medicamento, la dosis y la hora de administración. El proveedor que prescribe DEBE firmar y fechar la Solicitud y Liberación de Medicamento.

Si el medicamento no está debidamente etiquetado o no coincide con la Solicitud y Liberación de Medicamento, no será administrado. Los padres/tutores pueden solicitar al farmacéutico un envase separado etiquetado solo para la dosis durante el horario escolar.

Por seguridad del estudiante, se recomienda que el padre/madre o tutor entregue el medicamento directamente al personal de Servicios de Salud. La escuela no puede enviar medicamentos a casa con los estudiantes. Al final del año escolar, cualquier medicamento restante debe ser recogido por el padre/madre o tutor legal, en o antes del último día de clases, de lo contrario, el medicamento será destruido.

El padre/madre o tutor se compromete a proporcionar el medicamento y cualquier información necesaria para su administración bajo su propio costo. El padre/madre o tutor notificará puntualmente a la escuela sobre cualquier cambio en la administración del medicamento y proporcionará un nuevo frasco de prescripción y una nueva Solicitud de Medicamento.