

AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRACIÓN MÉDICA

Parte I: A llenar por el padre de familia o tutor legal - Un medicamento por formulario				
Nombre del estudiante (apellido, primer nombre, segundo nombre)	Alergias			
Fecha de nacimiento	Nombre de la escuela	Escuela/SACC Año	Grado	Maestro
¿Ha tomado el estudiante este medicamento antes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es "No", debe darse la primera dosis completa en casa.)				
Se dio la primera dosis: Fecha _____ Hora _____				
Yo/nosotros por este medio solicito/solicitamos al personal/CCC de la Escuela Pública del Condado de Prince William que administre medicamentos según se instruye por medio de esta autorización. Yo/nosotros autorizo/autorizamos al personal de la escuela/CCC que se comuniquen con el proveedor de servicios de salud en relación con la administración de este medicamento, según lo permita la ley HIPPA. Yo/nosotros estoy/estamos enterados de que ningún personal no médico puede administrar el medicamento a nuestro hijo/a. Yo/nosotros por este medio descargo/descargamos a la División de Escuelas Públicas del Condado de Prince William y a todos sus empleados/CCC de cualesquiera y todas las responsabilidades estipuladas por ley por daños en los que nosotros o nuestro hijo podamos incurrir debido a esta solicitud. _____				
Parte II. Un médico debe llenar esta sección para todo medicamento con receta o para cualquier medicamento sin receta que deba administrarse por más de la duración o dosificación recomendada o cuando no se sigan los lineamientos de edad según se indica en la etiqueta. El medicamento sin receta que debe administrarse para alivio de síntomas, según se instruye en la etiqueta del empaque, se puede administrar con la firma del padre de familia u tutor y no requiere una autorización ni firma del médico.				
Cualquier medicamento necesario que sea posible de tomar antes o después de la escuela/SACC debe recetarse como tal. La información debe redactarse en términos apropiados e inteligibles, sin abreviaturas.				
Diagnóstico del estudiante:		Código ICD-9: (cuando corresponda)		
Nombre del medicamento:				
Dosificación del medicamento:	Vía:	Hora(s) o intervalo entre horas para administrar el medicamento:		
Si debe darse medicamento según sea necesario, especifique los síntomas o afecciones cuando se deba administrar el medicamento y la hora en que se puede dar de nuevo.				
Fecha de vigencia: <input type="checkbox"/> Año escolar/en SACC vigente _____ o <input type="checkbox"/> De _____ A _____				El medicamento vence el: _____
_____ Nombre del médico (en letra de molde)	_____ Firma del médico	_____ Teléfono	_____ Fecha	
_____ Nombre del padre de familia o del tutor (en letra de molde)	_____ Firma de padre de familia o del tutor	_____ Teléfono	_____ Fecha	
Información del padre de familia relacionada con procedimientos con medicamentos				
El padre de familia o tutor debe transportar los medicamentos hacia y desde la escuela/SACC. Todos los medicamentos con receta, incluidas muestras de medicamentos con receta del médico deben estar en sus recipientes originales y rotulados por un médico o farmacéutico. Los medicamentos de venta libre deben estar en el recipiente sellado original. El personal de la escuela/CCC no aceptará ningún medicamento sin la recepción de los formularios de medicamentos apropiados y debidamente llenos.				
En un plazo de una semana después del vencimiento de la fecha de vigencia en la orden del médico o el último día de escuela/SACC, el padre de familia o el tutor deben recolectar personalmente cualquier parte del medicamento que haya quedado sin utilizar. Los medicamentos que no se reclamen dentro de ese plazo se destruirán.				
Un médico puede usar papel oficial membretado o un bloc de recetas en lugar de llenar la Parte II. Se acepta la autorización enviada por fax siempre que haya un consentimiento firmado por los padres de familia. Cualquier cambio en la autorización original de medicamentos requerirá una nueva autorización escrita y el respectivo cambio en la etiqueta de la receta.				

**Formulario Permiso de Medicamentos
para Excursiones de Día Prolongadas o De Un Día para Otro**
(Un formulario para cada medicamento)

Cualquier medicamento que deba administrarse durante una excursión en que se pernocte, ya sea medicamento de venta libre o recetado, requiere una orden escrita del médico y una autorización del padre de familia/tutor. Es necesario un formulario de permiso firmado para todo lo siguiente: medicamentos administrados por vía oral, inhalados, por nebulizador, aplicados en la piel, parches, inyecciones, etc. Se aceptarán solo medicamentos aprobados por la FDA. Los medicamentos requeridos deberán venir en el recipiente original con las debidas etiquetas. Los medicamentos de venta libre deberán estar en el recipiente sellado original. El formulario de permiso es válido únicamente para la excursión actual. Solo los empleados de las Escuelas Públicas del Condado de Prince William (PWCS) pueden administrar los medicamentos, a menos que un padre que vaya de acompañante los administre a su propio hijo.

Por este medio certifico que es necesario para _____ Fecha de nacimiento: _____
(Nombre completo del estudiante)

Maestro/Maestra de grado: _____ Grado: _____ Escuela: _____
a quien se le deberá administrar el medicamento enumerado a continuación cuando se encuentre lejos de las instalaciones de la escuela en una excursión escolar aprobada.

Nombre del medicamento: _____

Motivo del medicamento (diagnóstico): _____

Dosis a administrar: _____ Vía (oral, inyección, etc.): _____

Hora(s) de administración: _____ Alergias: _____

Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: _____

Cantidad de líquido o recuento de píldoras: _____

Firma del médico: _____ Fecha: _____

Números telefónicos de emergencia:

Padre/tutor legal: _____ H: _____ W: _____ C: _____

Padre/tutor legal: _____ H: _____ W: _____ C: _____

Nombre del médico: _____ Teléfono: _____

A los padres de familia se les solicita recoger cualquier remanente de medicamento al final de la excursión. Los medicamentos que queden después de esta hora se desecharán.

(continúa en el reverso)

Por este medio doy mi consentimiento para que se utilice y divulgue información de salud protegida, con el fin de realizar el tratamiento o la atención de salud de mi hijo/a. Entiendo que para PWCS puede ser necesario dar y recibir información de salud pertinente al manejo de la afección de mi hijo con el proveedor de servicios de salud enumerado anteriormente, y por este medio autorizo el intercambio de esta información según sea necesario para llevar a cabo el tratamiento o la atención de salud de mi hijo/a. También doy mi permiso para que la información contenida en este formulario se revise y utilice por parte del personal de esta escuela y de personal sanitario de cualquier escuela que proporcione servicios de salud a escuelas en la División Escolar para el fin limitado de satisfacer las necesidades educativas y de salud de mi hijo/a.

Por este medio autorizo a los empleados de PWCS a que ayuden a mi hijo/a con la administración de medicamentos o a supervisar la administración que mi hijo/a mismo/a se haga del o de los medicamentos según la instrucción del médico que se lo(s) receta. Acepto y acuerdo que profesionales ajenos al cuidado de la salud, capacitados en administración de medicamentos específica para esta excursión, pueden ayudar a mi hijo/a con la administración de medicamentos o a supervisar la administración que mi hijo/a mismo/a se haga del o de los medicamentos, siempre que ellos sigan las órdenes del médico indicadas en este registro.

Yo/nosotros por este medio descargo/descargamos a PWCS y a todos sus empleados de cualesquiera y todas las responsabilidades estipuladas por ley por daños en los que nosotros o nuestro hijo podamos incurrir debido a esta solicitud.

Firma del padre de familia o tutor legal _____ Fecha: _____