



DISTRITO ESCOLAR DE NORTH FOND DU LAC

Programas de Salud Escolar

Friendship Learning (FLC): 920-929-3757 / FAX 920-929-7020

Bessie Allen(BAMS): 920-929-3754 / FAX 920-929-3747

Horace Mann(HMHS): 920-929-3740 / FAX 920-929-3745

Página 1 de 2

AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS

Estudiante: _____ Grado: _____ Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Escuela: _____ Profesor/a: _____

Todos los medicamentos administrados por el personal de NFDL solo están disponibles para los estudiantes durante el horario escolar (de 7:30 a. m. a 4 p. m.), no deben estar vencidos y deben estar en una caja o frasco de farmacia debidamente etiquetado. Solicite en su farmacia las etiquetas o envases necesarios.

Sección 1: Medicamentos Con Receta del Doctor **(Se requiere la firma del proveedor en la página 2)**

Nombre/Concentración del medicamento	Dosis	Ruta*	Tiempo	Motivo/Diagnóstico	Fecha de expiración

*Método de Administración = oral, inhalada, tópica, inyectable, etc.

Sección 2: Medicamentos de venta libre (OTC)

Nombre/Concentración del medicamento	Dosis	Ruta*	Tiempo	Motivo/Diagnóstico	Fecha de expiración

*Método de Administración = oral, inhalada, tópica, inyectable, etc.

INHALADORES:

- ☐ Totalmente independiente (ha recibido formación médica sobre su uso y está preparado para autoadministrarse).
- ☐ El inhalador está bajo custodia del personal escolar designado y se utiliza bajo supervisión.
- ☐ Otro: _____

**Los inhaladores de los estudiantes de grados 4k a 5.º grados se guardan en el cuarto de salud de la escuela(el uso independiente del inhalador es a discreción del médico/padre). Los estudiantes de grados 6.º a 12.º pueden llevar/administrarse el inhalador por sí mismos con la firma de un médico.*

Consentimiento de los padres para la administración de medicamentos

Por la presente, autorizo a la(s) persona(s) designada(s) por el administrador del edificio o su representante a administrarle a mi hijo/a el/los medicamento(s) mencionado(s) anteriormente, siguiendo las instrucciones indicadas. Asimismo, les autorizo a contactar y compartir información médica sobre mi hijo/a con el médico que se indica a continuación. Me comprometo a eximir de toda responsabilidad al Distrito Escolar de North Fond du Lac y a sus empleados que actúen en el ejercicio de sus funciones, ante cualquier reclamación derivada de la administración de este medicamento. Me comprometo a recoger el medicamento restante antes del último día de clases o, en su defecto, autorizaré a la escuela a desecharlo. Entiendo que se requiere un formulario de Consentimiento para la Administración de Medicamentos, debidamente cumplimentado y firmado, antes de administrar cualquier medicamento recetado. Esta información se compartirá con el personal del Distrito Escolar de North Fond du Lac, solo con quienes necesiten conocerla, para la salud y seguridad de mi hijo/a.

Firma del padre/madre o tutor legal: _____ Fecha: _____



DISTRITO ESCOLAR DE NORTH FOND DU LAC

Programas de Salud Escolar

Friendship Learning (FLC): 920-929-3757 / FAX 920-929-7020

Bessie Allen(BAMS): 920-929-3754 / FAX 920-929-3747

Horace Mann(HMHS): 920-929-3740 / FAX 920-929-3745

Página 2 de 2

La sección de Información/Consentimiento del Médico debe completarse siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:

- Cualquier medicamento de venta libre que contenga aspirina;
- Se debe administrar un medicamento de venta libre diariamente durante más de 10 días consecutivos;
- Se debe administrar un medicamento de venta libre en una dosis distinta a la dosis terapéutica recomendada; o
- Cualquier medicamento recetado

El personal del distrito escolar de NFDL no podrá administrar ningún medicamento ni sustancia que no esté aprobado por la FDA.

El personal del distrito escolar de NFDL no puede administrar medicamentos caducados.

Autorización del proveedor de atención médica:

Prescribo el siguiente medicamento y los siguientes procedimientos para que el alumno mencionado anteriormente sea administrado o realizado en la escuela. **Por la presente, autorizo a las personas que se indican a continuación a administrar medicamentos a mi hijo/a según las instrucciones mencionadas anteriormente y, además, les autorizó a contactar al médico del niño/a. Acepto eximir de responsabilidad al Distrito Escolar de North Fond du Lac, a sus empleados y agentes que actúen en el ejercicio de sus funciones (Estatutos de Wisconsin 118.29 (2)(a)(1)(2)(3)(b)).**

Información/Consentimiento del Proveedor

Nombre Impreso del Proveedor _____

Nombre de la Clínica _____

Número de Teléfono _____

Número de Fax _____

DIRECCIÓN _____

Firma del Proveedor _____ Fecha _____

***Nota para el profesional de la salud: Este documento sirve como órdenes de medicamento y tratamiento.**

NOTA IMPORTANTE: Las órdenes anteriores estarán vigentes durante todo el año escolar actual, el curso de verano y hasta el 30 de Septiembre del siguiente año escolar, a menos que los pedidos sean interrumpidos, modificados o retirados por escrito por el padre/tutor antes de que termine ese plazo.