

Distrito Escolar Independiente de Tomball

AUTORIZACIÓN Y PERMISO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Su hijo/a puede tener una enfermedad que requiera de medicamento para aliviarlo o curarlo y que no le evite asistir a la escuela. Cuando sea posible, tal medicamento debe ser programado para que lo tome en casa. Sin embargo, de acuerdo a las leyes de Texas y a la política del Consejo Escolar del Distrito Escolar Independiente de Tomball, la medicación puede ser dispensada al estudiante por personal de la escuela. Se deben de cumplir los siguientes requisitos por el padre o guardián legal que este solicitando este servicio.

1. Todas las prescripciones de medicamento y muestras de medicina dispensadas a través de la oficina de un doctor deben estar en el contenedor o empaque original de la farmacia y etiquetado por el farmacólogo o doctor.
La etiqueta debe incluir:
 - a. El nombre del estudiante
 - b. El nombre del doctor
 - c. El nombre y potencia de la medicina
 - d. Cantidad que debe ser administrada
 - e. Frecuencia de la administración
 - f. Fecha en que la prescripción fue surtida
2. Todo el medicamento que no tenga prescripción médica debe estar en el contenedor original. La petición por escrito para este medicamento sin receta médica debe ser presentada por el padre, guardián o doctor y debe contener la siguiente información.
 - a. Nombre completo del estudiante
 - b. Nombre del medicamento
 - c. Cantidad de medicamento que debe ser administrado
 - d. Horas programadas en que se debe administrar el medicamento
 - e. Razón por la cual se tiene que administrar el medicamento
 - f. Fecha
 - g. Firma pertinente
3. Los cambios en la administración de medicamento recetado incluyendo la dosis y el tiempo deben ser por escrito y firmados por el médico. La suspensión del medicamento debe estar por escrito y firmada por el padre/guardián y/o doctor.
4. Los cambios en la administración de medicamento que no requiere receta médica deben ser por escrito y firmados por el padre/guardián y/o doctor.
5. Las órdenes del doctor para medicamento solamente son válidas por el año escolar vigente.
6. No debe haber más de un medicamento por cada contenedor adecuadamente etiquetado.
7. Solamente los proveedores de Cuidados de la Salud con Autorización para Expedir Prescripciones en Texas (Médicos, Dentistas, Podiatras, Asistentes de Médico, Enfermeros autorizados para expedir recetas médicas) pueden prescribir medicamentos y tratamientos.
8. Todo el medicamento con prescripción o sin prescripción médica que vaya a ser administrado por más de 10 días consecutivos debe estar acompañado por una petición por escrito, firmada y fechada por el doctor que lo prescribe y el padre/guardián que solicita la administración.
9. Todo el medicamento será almacenado y dispensado en la clínica de la escuela. Las excepciones, tales como condiciones que constituyen una amenaza para la vida, deberán ser aprobadas con anticipación por las autoridades escolares pertinentes.
10. Los estudiantes no deben estar en posesión de medicamento con prescripción o sin prescripción médica durante las horas escolares o en actividades patrocinadas o relacionadas con la escuela, dentro o fuera de sus instalaciones. Las excepciones, tales como condiciones que constituyen una amenaza para la vida, deberán ser aprobadas con anticipación por las autoridades escolares pertinentes.
11. Los productos naturales y/o similares a los homeopáticos, aceites esenciales, y cualquier otro producto que no haya sido aprobado por la FDA no será dispensado por el personal escolar del distrito.
12. El medicamento de otros países **no** será aceptado o administrado por la enfermera de la escuela o el designado del director.
13. El medicamento deberá ser entregado y recogido en la clínica por el padre o adulto autorizado.
14. De acuerdo con el Acta de Práctica de Enfermería de Texas, Regla 217.11, la enfermera de la escuela tiene la responsabilidad y autoridad para clarificar cualquier orden de medicación con un médico con licencia apropiado y/o rehusarse a administrar el medicamento, que a juicio de la enfermera, no sea en el mejor interés del estudiante.

PERMISO DEL PADRE PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO EN LA ESCUELA

Nombre del estudiante (Apellido)		(Primer Nombre)		(Segundo)	Fecha de nacimiento
Grado		Maestro			
Nombre del medicamento					
Dosis		Tiempo de administración		Número o Cantidad de Medicamento provisto	
Razón por la cual se administra el medicamento					

DOCTOR: POR FAVOR ESCRIBA LA ORDEN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO EN LA ESCUELA

Todo el medicamento con prescripción médica, medicamento sin prescripción médica que se administre por más de 10 días escolares, o medicamento sin prescripción médica cuando la dosis sea mayor a la dosis recomendada en el contenedor requiere de una orden del doctor					
Nombre del medicamento				Dosis	
Instrucciones especiales					
Nombre del doctor (escrito)			Firma del Doctor		
Número de teléfono		Número de Fax		Fecha	

Mi firma autoriza que al estudiante antes citado se le administre el medicamento en la escuela por personal calificado, de acuerdo a las instrucciones, y que se mantenga un registro. El estudiante no ha experimentado previamente efectos secundarios como resultado de este medicamento. Además, estoy de acuerdo en que el personal de la escuela pueda contactar al doctor, como sea necesario, concerniente a este medicamento, y que la información sobre este medicamento pueda ser compartida con el personal de la escuela que necesite saber.

Entiendo que la ley provee que no puede haber responsabilidad por daños civiles como resultado de la administración del medicamento cuando la persona que está administrando dicho medicamento actúa como lo haría cualquier persona razonablemente prudente bajo las mismas o similares circunstancias. Estoy de acuerdo en proveer una entrega segura del medicamento y del equipo a la escuela y de recoger cualquier medicamento o equipo que haya sobrado o éste será destruido adecuadamente.

Nombre del Padre/Guardián		Firma del Padre/Guardián		Fecha	
Teléfono en casa		Teléfono Móvil		Teléfono en el trabajo	

MEDICATION INVENTORY RECORD

Date	Amount Received	Signature of Person bringing in Medication	Signature of School Employee Receiving medication

Disposition of Medication (Parent/Guardian Pick Up)		
Date	Signature of Person Picking up Medication	Name of Person Picking up Medication

Disposition of Medication (Destroy- Sent to Ancillary)		
Date	Signature of Health Services Personnel	Amount or number of pills to be destroyed

Date:	Comments