

**Escuelas del Condado de Yadkin  
formulario de autorización de medicamentos**

ESCUELA: \_\_\_\_\_ AULA: \_\_\_\_\_ GRADO: \_\_\_\_\_ año ESCOLAR: \_\_\_\_\_

Estimados Padres/Tutores:

Se pretende desalentar la administración de medicamentos en las escuelas. Sin embargo, si su médico decide que es necesario que su hijo reciba la medicación durante el día escolar, debemos tener una autorización y las instrucciones específicas del médico de su hijo. Por favor tome este medicamento formar al médico y tener las instrucciones registradas respecto a la administración de la medicación de su hijo. Por política de medicamentos de escuelas del Condado de Yadkin, esto incluye medicamentos de receta y con receta.

**LAS INSTRUCCIONES DEL MÉDICO PARA DAR MEDICACIÓN EN LA ESCUELA**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Medicamentos (incluye nombre comercial) \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_

Medicamento para ser dado (círculo)    Tablet            Ungüento            Cápsula            Inhalación            Liquido            Otro \_\_\_\_\_

Relación a las comidas (círculo)    Antes                                    Después                                    No importa \_\_\_\_\_

Con qué frecuencia o en qué momento? \_\_\_\_\_

Efectos Secundarios \_\_\_\_\_

Las contraindicaciones para la administración \_\_\_\_\_

Alergias del Estudiante \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Firma del medico** \_\_\_\_\_ **Fecha**

\_\_\_\_\_ **Dirección** \_\_\_\_\_ **Número de Teléfono**

**Permiso de los Padres**

Yo doy permiso para el intercambio de información (verbal, escrito o por fax) entre el anterior nombrado médico y enfermera de la escuela de escuelas del Condado de Yadkin, según sea necesario. Entiendo que esta información permanecerá confidencial. I solicitar y dar permiso para que la escuela administrar la medicación anterior prescrita por el médico de mi hijo durante las horas de escuela. Desligo junta escolar del Condado de Yadkin y sus agentes y empleados de cualquier y toda responsabilidad que pueda resultar de la administración de la medicación anterior. Estoy de acuerdo en traer y enviar el medicamento en un recipiente debidamente rotulado en la farmacia.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_ (Padre o Tutor)

**Sección Sólo para la autoadministración – DOCOTR, POR FAVOR COMPLETAR Y FIRMAR**

El estudiante arriba mencionado ha sido diagnosticado con asma, anafilaxia o diabetes y ha demostrado una técnica adecuada y entiende el uso y la dosis de inhaladores **[MDI(\*Inhalador de Dosis Medida)] MDI con espaciador Epi-Pen o Insulina / Glucagón.**

Este estudiante puede llevar consigo y auto-administrarse este medicamento para el asma o una reacción alérgica o la **diabetes**. \* **El padre / tutor debe proporcionar un inhalador extra que se mantendrá en la escuela en caso de emergencia.**

Firma del Médico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Estoy de acuerdo y me siento competentes para tomar mi propia medicina prescrita. En ningun momento compartire mi medicamento con ningun estudiante y lo mantendre seguro y fuera del alcance de otros estudiantes.

Firma del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_