



Formulario de Autorización de Medicamentos en la Escuela

Nota: Este formulario tendrá vigencia para el año escolar en el que se presenta. Se debe completar un nuevo formulario cada año escolar para cada medicamento.

Sección 1: Lo debe completar el padre/madre/tutor del niño.

Nombre del estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

casa: _____ celular: _____ emergencia: _____

Escuela: _____ Grado: _____ Maestro: _____

¿Requiere el estudiante medicamentos de acuerdo con un plan de acción para el asma, un plan de acción de atención médica individual, un plan de la Sección 504, o un IEP? Sí No

Si la respuesta a la pregunta es sí:

- ¿Está el estudiante autorizado a administrarse a sí mismo el medicamento? Sí* No
- Si el medicamento es un medicamento para el asma o un inyector de epinefrina, ¿está el estudiante autorizado para llevar consigo el medicamento para el asma o el inyector de epinefrina? Sí* No

* Nota: para todos los medicamentos, excepto los medicamentos para el asma, se requiere también autorización del médico, asistente médico o enfermero registrado de práctica avanzada del estudiante.

Sección 2: Lo debe completar el médico, el asistente médico o el enfermero registrado de práctica avanzada del estudiante.

Nombre del medicamento: _____

Propósito: _____

Dosis: _____ Frecuencia: _____

Cuándo se debe administrar un medicamento (hora o bajo qué circunstancias): _____

Fecha de la receta: _____ Fecha del pedido: _____ Fecha de suspensión: _____

Diagnóstico que requiere el medicamento: _____

¿Es necesario que se administre este medicamento durante el horario escolar? _____

Efectos secundarios esperados, si corresponde: _____

Intervalo de tiempo para la reevaluación: _____

Nombre del médico que hizo la receta en letra de imprenta: _____

Dirección de la oficina: _____

Teléfono de la oficina: _____ Teléfono de emergencia: _____

Si se requiere el medicamento de acuerdo con un plan de acción para el asma, un plan de acción de atención médica individual, un plan de acción de emergencia para alergias a los alimentos, como un plan de la Sección 504, o un IEP:

- ¿Está el estudiante autorizado a administrarse a sí mismo el medicamento? Sí No
- ¿Está el estudiante autorizado a llevar consigo el medicamento? Sí No

Firma del médico que hizo la receta _____ Fecha _____

Nombre del medicamento: _____
Propósito: _____
Dosis: _____ Frecuencia: _____
Cuándo se debe administrar un medicamento (hora o bajo qué circunstancias): _____
Fecha de la receta: _____ Fecha del pedido: _____ Fecha de suspensión: _____
Diagnóstico que requiere el medicamento: _____
¿Es necesario que se administre este medicamento durante el horario escolar? _____
Efectos secundarios esperados, si corresponde: _____
Intervalo de tiempo para la reevaluación: _____
Nombre del médico que hizo la receta en letra de imprenta: _____
Dirección de la oficina: _____
Teléfono de la oficina: _____ Teléfono de emergencia: _____

Si se requiere el medicamento de acuerdo con un plan de acción para el asma, un plan de acción de atención médica individual, un plan de acción de emergencia para alergias a los alimentos, como un plan de la Sección 504, o un IEP:

- ¿Está el estudiante autorizado a administrarse a sí mismo el medicamento? Sí No
- ¿Está el estudiante autorizado a llevar consigo el medicamento? Sí No

Firma del médico que hizo la receta _____ Fecha _____

Nombre del medicamento: _____
Propósito: _____
Dosis: _____ Frecuencia: _____
Cuándo se debe administrar un medicamento (hora o bajo qué circunstancias): _____
Fecha de la receta: _____ Fecha del pedido: _____ Fecha de suspensión: _____
Diagnóstico que requiere el medicamento: _____
¿Es necesario que se administre este medicamento durante el horario escolar? _____
Efectos secundarios esperados, si corresponde: _____
Intervalo de tiempo para la reevaluación: _____
Nombre del médico que hizo la receta en letra de imprenta: _____
Dirección de la oficina: _____
Teléfono de la oficina: _____ Teléfono de emergencia: _____

Si se requiere el medicamento de acuerdo con un plan de acción para el asma, un plan de acción de atención médica individual, un plan de acción de emergencia para alergias a los alimentos, como un plan de la Sección 504, o un IEP:

- ¿Está el estudiante autorizado a administrarse a sí mismo el medicamento? Sí No
- ¿Está el estudiante autorizado a llevar consigo el medicamento? Sí No

Firma del médico que hizo la receta _____ Fecha _____

Sección 3 – Firmas del padre/madre/tutor

Para todos los padres /tutores:

Mediante mi firma a continuación, acepto que soy el responsable primario de administrar el medicamento a mi hijo. No obstante, en caso de que no pueda hacerlo o en caso de una emergencia médica, por medio de la presente autorizo al distrito escolar y a sus empleados y agentes, en mi nombre, a administrar o intentar administrar a mi hijo (o permitir que mi hijo se *administre a sí mismo* de conformidad con la ley estatal, mientras está bajo la supervisión de los empleados y agentes del distrito escolar), medicamentos recetados legalmente de la forma que se indica anteriormente. Esto incluye la administración de inyectores de

epinefrina no designados, antagonistas opioides o medicamentos para el asma a mi hijo cuando se crea de buena fe que mi hijo está teniendo una reacción anafiláctica, una sobredosis de opioides o un episodio de asma, ya sea que dichas reacciones sean de mi conocimiento o no, y si corresponde, glucagón no designado cuando esté autorizado por el plan de atención para la diabetes de mi hijo y si el glucagón de mi hijo no está disponible en el lugar o está vencido. Reconozco que puede ser necesario que la administración de medicamentos a mi hijo se realice por parte de una persona que no sea personal de enfermería escolar y específicamente doy mi consentimiento para esas prácticas. Acepto indemnizar y eximir de responsabilidad al distrito escolar y sus empleados y agentes contra todo reclamo, excepto un reclamo basado en conducta dolosa y negligente, que surja de la administración de medicamentos al estudiante o de la auto administración por parte del mismo estudiante.

Nombre en letra de imprenta del padre/madre/tutor: _____

Dirección (si es diferente de la dirección del estudiante que aparece anteriormente): _____

Teléfono:

casa: _____ celular: _____ emergencia: _____

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

Solo para padres/tutores de estudiantes que necesitan llevar consigo y/o administrarse a sí mismos medicamentos requeridos bajo un plan que lo autorice:

Doy permiso para que mi hijo se administre a sí mismo su medicamento requerido de acuerdo con un plan de acción para el asma, un plan de acción de atención médica individual, un plan de acción de emergencia por alergia a medicamentos, un plan de la Sección 504 o un IEP. Entiendo que, de conformidad con la ley aplicable, el distrito escolar y sus empleados y agentes no incurrirán en responsabilidad alguna, excepto en caso de conducta dolosa y negligente, como resultado de cualquier lesión que surja de que el estudiante lleve consigo o se administre por sí mismo el medicamento.

No se aplica

Sí – Firma y fecha: _____
Firma del padre/madre/tutor Fecha

Solo para padres/tutores de estudiantes que necesitan llevar consigo y usar medicamentos para el asma:

Autorizo al distrito escolar y sus empleados y agentes a que permitan que mi hijo lleve consigo y se administre a sí mismo su medicamento para el asma: (1) durante su permanencia en la escuela, (2) durante las actividades patrocinadas por la escuela, (3) durante el tiempo en que está bajo la supervisión del personal de la escuela o (4) antes o después de las actividades normales de la escuela, como durante el tiempo en que está bajo cuidados antes o después de la escuela en dependencias de la escuela. Entiendo que de conformidad con la ley de Illinois, el distrito escolar y sus empleados y agentes no incurrirán en responsabilidad alguna, excepto en caso de conducta dolosa y negligente, como resultado de cualquier lesión que surja de que el estudiante lleve consigo o se administre por sí mismo el medicamento del asma. Acepto además proveer al distrito escolar la etiqueta de la receta, que debe contener el nombre del medicamento para el asma, la dosis prescrita y la hora en la cual, o las circunstancias en las cuales, se debe administrar el medicamento para el asma.

No se aplica

Sí – Firma y fecha: _____
Firma del padre/madre/tutor Fecha

Sección 4 – Requisitos de documentación adicional y entrega de medicamentos.

Procedimientos generales (para estudiantes no autorizados a llevar consigo medicamentos o un inyector de epinefrina)

El padre/madre/tutor del estudiante debe traer a la escuela los medicamentos que se deben administrar durante la jornada escolar.

No se debe enviar el medicamento a la escuela con el estudiante y no se le puede dar a un conductor de autobús o asistente de autobús para que lo entregue a la escuela. En ocasiones excepcionales, cuando uno de los padres o el tutor no pueda traer el medicamento a la escuela durante el horario normal de la escuela, el padre/madre/tutor debe comunicarse con la oficina de la escuela para hacer arreglos para un horario alternativo.

Los medicamentos con receta se deben traer a la escuela en el envase original o un recipiente adecuadamente etiquetado. El recipiente debe tener:

- Nombre del estudiante
- Número de receta
- Nombre del medicamento y dosis
- Modo de administración y/u otras instrucciones
- Fecha y horas en que se debe tomar
- Nombre del profesional con licencia que expidió la receta
- Nombre de la farmacia, dirección y número de teléfono

Los medicamentos sin receta se deben traer a la escuela en el envase original del fabricante con la etiqueta adherida que indique los ingredientes y el nombre del estudiante.

Los estudiantes solamente pueden recibir medicamentos con o sin receta en la escuela si el padre/madre/tutor del estudiante ha enviado el *Formulario de Autorización de Medicamentos* completo.

Para medicamentos para el asma

Para los medicamentos para el asma, el padre/madre/tutor del estudiante debe proporcionar a la escuela la etiqueta de la receta con el nombre del medicamento, la dosis prescrita y el horario o circunstancias bajo las cuales se debe administrar el medicamento.

Se debe completar y entregar a la escuela el *Formulario de Autorización de Medicamentos en la Escuela* (con autorización específica para que el estudiante lleve consigo el medicamento) antes de que el estudiante pueda tener el medicamento en la escuela.