



Formulario estudiantil de salud y autorización de medicamentos

Autorización de medicamentos (por favor escriba)

Nombre del estudiante: _____
Fecha de nacimiento: _____ M ___ F ___
Grado: _____
Maestro Principal: _____
Condición que requiere la medicina: _____

Nombre del medicamento: _____

Requisitos de almacenamiento: ___ Ninguno ___ Refrigerar
Dosis: _____

Por qué manera (enlace uno): por boca; en el ojo (Derecho, Izquierda, ambos); en la oreja (Derecho, Izquierda, ambos); temático; otro

Instrucciones: _____

Efectos secundarios: _____

Médico: _____

Teléfono del médico: _____

Padre/Guardián: _____

Teléfono del padre/guardián: _____

Número de teléfono de casa: _____

Número del Trabajo: _____

Celular: _____

Otro Numero: _____

Información sobre la salud del estudiante

Su niño tiene CUALQUIER historial de ... (marque todas las que correspondan)

- Alergias Asma
 Alergias a los alimentos Convulsiones
 Diabetes Cáncer
 Anemia falciforme Deterioro físico

Detalles: _____

Su niño ... (marque todas las que correspondan):

- Usa inhalador Frecuencia _____
 Usa un EpiPen
 Toma rutinariamente medicamentos prescritos

Requiere un lugar especial para sentarse en el salón de clases

Tiene alguna condición que limita su participación en Educación Física

Detalles: _____

Cualquier otros problemas de salud: _____

Yo autorizo al director, o su designado, a darle la medicina a mi niño de acuerdo a las instrucciones indicadas. Yo autorizo al principal o a su designado de contactar al médico de mi hijo/a si se necesita información adicional con respecto a medicina.

Firma del padre/guardián _____

Fecha _____

Cuando posible, por favor de dosis de medicina en su hogar antes o después de la escuela. La primera dosis de un nuevo medicamento debe ser dado en el hogar para que padres puedan monitorear para posibles efectos secundarios o reacciones negativas.

Por favor Tome En Cuenta

El director o su designado dispensara medicina a estudiantes de acuerdo a las siguiente directriz:

No se pueden dar medicamentos sin un permiso escrito y sin las instrucciones del padre/guardián. Se debe completar un nuevo formulario de autorización cada vez que se deba dar un medicamento nuevo al estudiante.

Los padres deben traerle al director, o su designado, el medicamento y el equipo relacionado que sea necesario. El estudiante no debe estar en posesión del medicamento, a menos que esto sea aprobado por el director. Todos los medicamentos se deben guardar en la oficina de la escuela. Los medicamentos prescritos, incluyendo los inhaladores, deben estar en el envase etiquetado original. (Pídale una etiqueta adicional a su farmacéutico.) Los medicamentos de venta libre deben estar en sus envases originales y marcados con el nombre del estudiante. Las muestras de medicamentos solo pueden darse cuando vienen acompañados de una nota del médico indicando que la muestra es para el uso del estudiante.

Los padres deben recoger de la oficina del director, o su designado, los medicamentos que no han sido utilizados. Todo medicamento que no sea recogido será desechado al término del año escolar. Los medicamentos no serán enviados con el estudiante a su casa.

Si el estudiante se lesiona o se enferma en la escuela, el principal o su designado, intentará notificar a los padres/guardián y actuar de acuerdo con sus instrucciones. Si los padres no pueden ser localizados, el director tomará las acciones que sean necesarias para proteger la salud y el bienestar del estudiante.

Medicina recogida por:

Padre/Guardián (Por favor escriba)

Firma de Padre/Guardián

Fecha

Complete todas las secciones de este formulario y envíelo a la oficina de la escuela si su niño tiene problemas de salud actualmente y/o necesita medicación.

To be completed by School Personnel Only:

Date received: _____ Name of Medication: _____

Number of doses received: _____