

FORMULARIO # 2 (página 1)

SOLICITUD DE PADRES PARA QUE SU HIJO/A VA A TENER POSESIÓN DE SUS MEDICAMENTOS

Este formulario se debe completar únicamente cuando su hijo/a va a tener posesión del medicamento y se lo va a tomar sin necesidad de asistencia. Si algún miembro del personal escolar le va a dar a su hijo/a el medicamento, complete el formulario

Nombre del Alumno: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Escuela: _____ **Teléfono:** _____ **Fax:** _____

Requisitos: De acuerdo con el reglamento número 4400 de la política del Departamento Salud Estudiantil/ Suministro de Medicación de las Escuelas Públicas de Durham, los alumnos podrán tener y administrarse los medicamentos solo cuando los padres o guardianes han completado este formulario. Los alumnos podrán tener y administrarse los medicamentos recetados, mientras estas sustancias sean reglamentadas por la autorización del medico que completa y firma este formulario.

Padres y guardianes: Doy mi consentimiento para que las Escuelas Públicas de Durham permitan a mi hijo/a llevar y tomar el medicamento en la escuela. Entiendo que tanto yo como mi hijo/a seremos responsables del uso y cuidado de dicho medicamento. Doy mi consentimiento para que mi hijo/a pueda administrarse por si mismo el medicamento, el cual no es un medicamento prescrito por el medico, y que el/ella será responsable de tomar y traer ese medicamento solo en la cantidad diaria especificada en dicho medicamento. Si la medicación prescrita para mi hijo/a es para el tratamiento del asma o reacción anafiláctica, yo me comprometeré en traer a la escuela la medicación y equipamiento necesario para que la escuela lo coloque en un lugar adecuado para su rápida utilización. Yo tengo conocimiento sobre la inimputabilidad del Consejo de Educación, sus agentes y empleados en caso de un accidente debido a la posesión y administración del medicamento en la escuela. Yo doy mi consentimiento para que si mi hijo/a utilizara el medicamento de una manera diferente de la prescrita, o comparte esta medicación con otro alumno/a, se le aplique una acción disciplinaria según las leyes de disciplina de la escuela. Doy mi consentimiento para que la información sobre mi hijo/a sea compartida con el personal adecuado de la escuela como medida de seguridad para mi hijo/a.

Firma del Padre/Guardian

Fecha

Por favor complete la información requerida, si usted autorizara a su hijo/a a llevar y tomar el medicamento no prescrito en la escuela.

Medicamento:

Dosage y Frecuencia Recomendada:

Primer día de uso de la medicación:

Ultimo día de uso de la medicación:

FOR PHYSICIAN USE ONLY: PLEASE WRITE LEGIBLY USING LAY TERMS

Health Care Provider: The student named above has (1) asthma or an allergy that could result in an anaphylactic reaction and may require emergence medications; or (2) a condition that requires frequent administration of a prescription or non-prescription medication. The medication is not a controlled substance. It is necessary for this student to receive this medication during school hours in order to maintain or improve health and to benefit from school attendance. This student is capable of, has been instructed on the procedures for, and has demonstrated the skill to self-administer this medication as directed below. Please allow him/her to self-administer the medication while on school property during the school day, at school sponsored activities, while in transit to or from school or school-sponsored events, or as otherwise indicated below. This student **will not** require adult supervision while taking this medication.

Medication prescribed:

Strength/Dose:

Purpose of Medication:

Frequency of dosage:

Specify side effects or adverse reactions:

Other instructions (including emergency situations):

Please check if this medication is to be used for emergencies only.

Signature of health care provider

Date

Please print provider's last name	Practice name/address
-----------------------------------	-----------------------

Form 2 (page 2)

Student: I am capable of taking this medicine as recommended and accept this responsibility. I will keep it secure at all times and will not share it with others. I understand that I will be subject to discipline under the Student Code of Conduct if I abuse the privilege of being allowed to self-medicate while at school or school-sponsored activities. Unless the medication is prescribed for the treatment of asthma or anaphylactic reactions, I understand that I will lose the privilege of self-administering my medication if I do not follow these rules.

Student signature

Date

School Nurse: I have reviewed this request and acknowledge that this student has demonstrated the skill level to self-administer this medication. I have informed this student that he or she must tell and appropriate staff member whenever he or she has used the medication at school.

Nurse or designee signature

Date