FORMULARIO # 1 (pagina 1)

Autorización para dar un medicamento durante la jornada escolar

Este formulario se debe completar únicamente cuando algún miembro del personal escolar va a dar el medicamento a su hijo/a.
Si su hijo/a va a tener posesión del medicamento y se lo va a tomar sin necesidad de asistencia complete el formulario # 2

Estudiante: _____**Fecha de nacimiento:** _____**Escuela:** _____

Estimado padre/guardian:

Para proteger la salud de su hijo/a, las Escuelas Publicas de Durham, necesitan que usted y su médico nos autoricen por escrito, para dar medicamentos con o sin receta médica a su hijo/a. No se le podrá dar ningún medicamento a su hijo/a hasta que nos entregue la autorización. Debe completar un formulario por medicamento. Usted debe completar un formulario; al comienzo de cada año escolar, si hay un cambio en la dosis o cuando el médico prescribe otra medicina. Cada medicamento debe estar en el frasco original y marcado. La mayoría de las farmacias le dan un frasco para la escuela y uno para la casa. Las escuelas prefieren que los estudiantes no tomen medicamentos que no requieren receta médica en la escuela.

Yo, _____, entiendo que:

- Soy responsable de comprar y suministrar todos los medicamentos que mi hijo/a va a tomar en la escuela.
- La Junta Directiva de Educación de las Escuelas Publicas de Durham, sus empleados y agentes, a los que usted ha dado autorización por escrito para suministrar medicamentos recetados por un medico, no serán responsables de daños civiles por suministrar o por no suministrar el medicamento a no ser que el acto o la omisión sea el resultado de negligencia, conducta sin sentido o si fue malhecho intencionalmente.
- La información médica se compartirá en casos de emergencias o en caso de necesidad para dar ayuda necesaria para el cuidado particular a mi hijo/a. Puede incluir información que ha sido proveída por el doctor de mi hijo/a, por mí o de documentos que ha recibido la escuela de otra agencia
- El intercambio de información se limitará al mínimo necesario para proveer la asistencia que necesite mi hijo/a y se compartirá únicamente con el personal escolar que necesita dar asistencia a su hijo/a.
- Este permiso para consentir que se entregue información médica a la escuela debe ser firmado antes de que el maestro de su hijo/a pueda dar asistencia para servir las necesidades médicas de su hijo/a . La esuela avisará a los padres en caso de necesidad y dará Servicios de Emergencia (911) sin este formulario.
- Si mi hijo/a participa en deportes o otras actividades de DPS antes o después de la escuela, tengo la responsabilidad de avisar al consejero o entrenador de la condición médica de mi hijo/a. Los medicamentos guardados dentro de la escuela son disponibles solo durante las horas de clase, así que soy responsable de suministrar los medicamentos necesarios para actividades fuera de estas horas. Tengo el derecho de ponerme en contacto con la enfermera de la escuela si se necesita asistencia para informar al personal escolar de un procedimiento médico o si éste necesita una copia de la información.

Yo, _____, autorizo que se comparta la información médica necesitada de mi hijo/a entre su doctor, la enfermera de la escuela, y las Escuelas Públicas de Durham para que ellos lleven a cabo los servicios que necesita mi hijo/a, _____ _____. Además, yo, _____, doy el premiso para que mi hijo/a _____ reciba el medicamento especificado por su médico al reverso de este documento. Entiendo que personal escolar otro que la enfermera y personal médico de la escuela suministrarán los medicamentos. Si mi hijo/a requiere una inyección de emergencia, doy el permiso para que la Enfermera de Salud Pública de la escuela entrene al personal designado cómo administrar la inyección. Entiendo que es mi responsabilidad traer los medicamentos a la escuela a menos que se arregle de otra manera con el director o la directora de la escuela.

_____ _____ _____
Firma del padre/guardián Teléfonos: casa/trabajo/celular fecha

To be completed by school:

Date Received from Parent/Guardian: _____
PLEASE IDENTIFY BELOW THE NAMES OF ALL DPS EMPLOYEES DESIGNATED and TRAINED TO ADMINISTER MEDICATION TO STUDENTS IN YOUR SCHOOL.

Name _____ Title _____ Name _____ Title _____

Name _____ Title _____ Name _____ Title _____

Name _____ Title _____ Name _____ Title _____

Signature of Principal _____ Date _____

FORM 1 (page 2)
PARENT REQUEST FOR MEDICATION ADMINISTRATION AT SCHOOL/PHYSICIAN'S ORDER
SOLICITUD DE PADRES PARA DAR MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA/RECETA MÉDICA
Formulario para el médico

Child's Name: **DOB:**

School Name: **Phone:** **Fax:**

FOR PHYSICIAN USE ONLY: ***PLEASE WRITE LEGIBLY USING LAY TERMS***	
Medication prescribed:	Strength/Dose:
Specific Directions [Include exact amount to give, at what time and/or how often, relationship to meals, specific indications, e.g. if pm (as needed)]: Purpose of Medication:	
Relationship to meals, if applicable:	
How often and at what time (hour):	
Specify side effects or adverse reactions:	
Other instructions (including emergency situations):	
☐ Please check if this medication is to be used for emergencies only.	
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.	
Signature of Healthcare Provider Date Telephone Fax	
Please print Provider's last name **Practice name/address**	

Parent/Guardian Signature _____ Date_____

FOR SCHOOL USE ONLY:

Date Received By: School Nurse Review: