Servicios de Salud Estudiantil. Formulario SHS-1

AUTORIZACIÓN PARA DAR MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

LOS PADRES DEBEN SUMINISTRAR EL MEDICAMENTO QUE SE GUARDARÁ EN LA ESCUELA

Este formulario debe completarse si es necesario que el alumno tome el medicamento durante el horario normal de clases, en excursiones o durante una actividad supervisada que tenga lugar "antes" o "después" del horario escolar. Siempre que sea posible, por favor, suminístrele los medicamentos en casa, antes o después de ir a la escuela, ya que es probable que algunos de ellos no necesiten ser administrados durante el horario escolar.

Nombre del alumno: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Año lectivo:** _____

Maestro principal: _____ **Grado:** _____ **Alergias conocidas:** _____

Por la presente solicito al Sistema Escolar del condado de Fulton, a través del director o la persona que él designe, que supervise/asista a mi hijo en el suministro de este medicamento, de acuerdo con las instrucciones que se detallan más adelante, y según la política relativa a medicamentos de las Escuelas del condado de Fulton. Comprendo lo siguiente:

- Los medicamentos (recetados y de venta libre) **DEBEN** estar en su envase original (no en bolsitas de plástico, papel de aluminio, etc.).
- El padre/madre/tutor legal es responsable de asegurarse de que la escuela reciba las instrucciones específicas para el uso del medicamento, que incluyan tanto al medicamento como al equipo relacionado.
- El padre/madre/tutor legal tiene la responsabilidad de informar a la escuela sobre cualquier cambio relacionado con el medicamento. **NO SE** suministrarán nuevos medicamentos o nuevas dosis hasta que no se haya completado un formulario nuevo.
- Uno de los padres o el alumno debe llevar todos los medicamentos directamente a la recepción/enfermería de la escuela.
- Todos los medicamentos que no se hayan usado serán desechados en forma apropiada al final del año lectivo si no se los retira antes del último día de clases. Los medicamentos que dejen de usarse deben ser retirados dentro de una semana o la enfermería las desechará en forma adecuada.
- Personal capacitado ayuda a los alumnos en la administración de sus medicamentos. Sin embargo, los empleados escolares no asumirán ningún tipo de responsabilidad legal por supervisar o ayudar en la administración del medicamento (lo cual incluye atragantarse, reacciones alérgicas, efectos secundarios o riesgos para la salud relacionados con el este medicamento).
- **Al completar este formulario para medicamentos prescriptos, se autoriza a los Servicios de Salud Estudiantil a hablar sobre la órden/pedido del medicamento con el profesional de la salud que lo prescribió, si está indicado y/o resulta necesario.**

Eximo al Sistema Escolar del condado de Fulton y a todos sus empleados de toda responsabilidad legal asociada con la administración de este medicamento. **La firma de autorización del padre/madre/tutor legal es necesaria tanto para los medicamentos recetados como para los de venta libre.**

Firma del padre, madre o tutor legal	Nombre en imprenta legible	Fecha

Teléfono de casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

UN MEDICAMENTO POR FORMULARIO - *PRESENTARLO EN LA CLÍNICA ESCOLAR*

MEDICAMENTO DE VENTA LIBRE (ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL)

Nombre del medicamento:		Enfermedad/afección por la cual debe usarlo:
Fecha de inicio:	Fecha de finalización:	Dosis, vía y horario de administración:

Medicamento recetado - (ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA SOLAMENTE POR UN MÉDICO/PROFESIONAL DE LA SALUD)

Nombre del medicamento:	Dosis recetada:
Efectos secundarios posibles:	Vía, hora e instrucciones especiales para la administración:
Diagnóstico/Afección/enfermedad que requiere el medicamento:	

FIRMA DEL MÉDICO	NOMBRE DEL MÉDICO (LEGIBLE)	FECHA

Número de la oficina/contacto:_____ Fax:_____

Esta sección debe ser completada ÚNICAMENTE por el asistente de enfermería/enfermera escolar/enfermera de Educación Especial

Fecha de recepción:	Nombre del medicamento:	Número de dosis:
Fecha de vencimiento:	Completado por:	Fecha de devolución al tutor legal: