



# Student Health Services SHS-2 Form

Año lectivo: \_\_\_\_\_

**Autorización para que los alumnos puedan llevar consigo un inhalador prescrito, Epipen, insulina u otro medicamento aprobado\*  
(Pautas operativas JGCD para la administración y almacenaje de medicamentos)**

Nombre del alumno \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
(ESCRIBIR CON CLARIDAD)

**ESTOY DE ACUERDO CON LO SIGUIENTE: (UN MEDICAMENTO POR FORMULARIO). PRESENTARLO A LA CLÍNICA ESCOLAR**

- Necesito llevar conmigo un inhalador con la prescripción etiquetada, una *Epipen*, insulina o el medicamento aprobado \_\_\_\_\_.  
(ESCRIBIR EL NOMBRE DE LA MEDICINA EN FORMA CLARA)
- Me han enseñado cómo usar correctamente mi medicamento etiquetado y comprendo plenamente cómo se debe administrar. Voy a llevarlo conmigo en todo momento. No permitiré, bajo ninguna circunstancia, que otro alumno use mi medicamento o mis suministros médicos. También entiendo que si otro alumno llegara a usar mi prescripción o medicamento, es posible que se reevalúe o revoque el privilegio que tengo de poder llevarlo conmigo. También acepto la responsabilidad de notificar al asistente de enfermería o enfermera escolar/enfermera de educación especial cada vez que tome mi medicamento. Si estoy en una excursión escolar, le avisaré al maestro/miembro del personal de FCS que esté con nosotros como acompañante.

\_\_\_\_\_  
Firma del alumno

\_\_\_\_\_  
Fecha

*(Los Servicios de Salud Estudiantil recomiendan mucho que cada alumno mantenga en la enfermería de la escuela un segundo inhalador prescrito, Epipen, insulina adicional o cualquier otro medicamento de emergencia prescrito, en caso de que haya una emergencia o el alumno lo llegara a perder u olvidar en casa.)*

## Esta sección debe ser completada por el padre/madre/tutor legal

Por la presente solicito que el alumno mencionado anteriormente, de quien tengo custodia legal, pueda llevar consigo y usar en la escuela este medicamento prescrito.

- Acepto la responsabilidad legal en el caso de que el medicamento se pierda, no esté disponible inmediatamente, sea dado o tomado por otra persona que no sea el alumno mencionado anteriormente. Comprendo que si esto llegara a ocurrir, es posible que se reevalúe o revoque el privilegio de llevar el medicamento consigo.
- Acepto la responsabilidad de informar a la escuela sobre todo cambio en los medicamentos o dosis nuevas, y que presentaré un nuevo formulario que refleje cada cambio.
- El medicamento debe estar en su envase original, con su etiqueta correspondiente.
- Eximo al Sistema Escolar del condado de Fulton y a sus empleados de toda responsabilidad legal cuando supervisen o ayuden en la administración de este medicamento, o cuando el alumno mencionado se administre su propia medicina (que incluya atragantarse, reacción alérgica, efectos secundarios o riesgos para la salud relacionados con este medicamento).
- Al completar este formulario para medicamentos prescritos, se autoriza a los Servicios de Salud Estudiantil a hablar sobre la orden/pedido del medicamento con el profesional de la salud que lo prescribió, si está indicado o resulta necesario.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, madre o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Nombre en imprenta legible Fecha

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

**Profesional de la salud y padre/madre/tutor legal:** *Por favor vean el reverso del formulario para obtener mayor información e instrucciones.*

NOMBRE DEL ALUMNO:	GRADO:	FECHA DE NACIMIENTO:
--------------------	--------	----------------------

**Para que complete el médico/profesional de la salud**  
***(SOLO para medicamentos prescritos. Con su etiqueta y envase originales)***

NOMBRE DEL MEDICAMENTO:	DOSIS RECETADA:
EFECTOS SECUNDARIOS POSIBLES:	
ADMINISTRACIÓN, VÍA Y OTRAS INSTRUCCIONES ESPECIALES:	
DIAGNÓSTICO/AFECCIÓN O ENFERMEDAD QUE REQUIERE EL MEDICAMENTO:	

_____	_____
Firma del médico	Fecha
Nombre del médico (por favor, en imprenta legible):	
Número de contacto: _____	Fax: _____

**Esta sección debe ser completada por el padre/madre/tutor legal)**

**Nombre y número de contacto en caso de emergencia:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono (casa): \_\_\_\_\_  
Teléfono (trabajo): \_\_\_\_\_ Teléfono (celular): \_\_\_\_\_

\*Otro medicamento aprobado: se definirá así al medicamento prescrito, usado en casos de urgencia o medicamento aprobado por los Servicios de Salud Estudiantil con la colaboración del padre/madre/tutor legal o profesional de la salud del alumno.

El Sistema Escolar del condado de Fulton se reserva el derecho de buscar tratamiento médico de urgencia para el alumno cuando lo considere necesario y adecuado.

Este formulario tiene validez únicamente para este año escolar e incluye a todas las actividades auspiciadas por el Sistema Escolar del condado de Fulton como también a la escuela de verano.

_____	_____
Enfermera escolar/Enfermera de Educación Especial	Fecha de recepción

**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: