

FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

Nombre del estudiante:		Fecha de Nacimiento:	Escuela:	
Diagnosis:				
Nombre del Médico:		Teléfono del médico:	Fax del Medico:	
Medicación	Forma de Administración	Dosis	Tiempo	Duración

- Yo le doy permiso al personal capacitado de OASD para darle el medicamento a mi hijo/a según las instrucciones indicadas y además les autorizo contactar al médico del niño/a. Estoy de acuerdo en eximir al distrito escolar de Oconomowoc, sus empleados y agentes que actúan en el ámbito de sus funciones en todos los reclamos derivados de la administración de este medicamento en la escuela.
- Estoy de acuerdo en notificar a la escuela por escrito en la terminación de esta solicitud o cuando sean necesarios cualquier cambio en el orden anterior.
- Doy permiso para que el personal de la escuela, incluyendo al profesional del cuidado médico designado por el distrito, se ponga en contacto con el medico de mi hijo con alguna preocupación con respecto a la administración del medicamento.
- Doy el personal escolar, incluyendo al profesional del cuidado médico designado por el distrito, permiso para llamarme con alguna preocupación con respecto a la administración del medicamento.

⇒ **Debiera de ser enviado este medicamento con un empleado del distrito para su hijo/a?** Si No

⇒ **La última semana de clases, como se debería de devolver los medicamentos? Nota: Las sustancias controladas deberán ser recogidos por un padre o guardián solamente.**

Enviado a casa con el estudiante Recogida por los padres/guardianes

Date _____

(Letra Chica) Nombre del Padre/Guardián

(Firma) Nombre del Padre/Guardián

Al firmar este documento, permito al médico anterior nombrado/(u oficina) para enviar por transmisión electrónica este formulario al distrito escolar de Oconomowoc con el propósito de continuar el cuidado de salud en la escuela.

Medicamentos Recitados REQUIEREN la firma del médico.

Firma del Médico:	Fecha:
Nombre del Médico (letra chica):	

Al firmar este formulario, yo, el médico, estoy diciendo que he revisado y estoy de acuerdo con el plan para administrar los medicamentos especificados en este formulario.

Medicamentos:

Cualquier medicamento debe ser provisionada por el padre/guardián. La escuela no dará ningún tipo de medicamento.

Medicamentos que no necesitan permiso medicales se necesitan entregar en el contenido original con la lista completa de los ingredientes y dosis recomendadas. Los medicamentos recitados tienen que ser provisionadas en una farmacia-con etiqueta original, contenido original, y tiene que especificar el nombre del estudiante, nombre del medicamento, dosis, la fecha efectiva, y direcciones para el uso del medicamento. Medicamentos que sobre pasen la fecha de expiración no serán usadas.

Medicamentos serán guardados en el cuarto de la enfermera para el almacenaje y administración. Medicamentos de emergencia pueden estar en el cuidado del estudiante **SOLAMENTE** si el médico opina que es buena idea que el estudiante se administre el medicamento a sí mismo. (El médico indicara esto en el plan de cuidado de salud específicamente.)