



Instrucciones de la medicina/autorización/consentimiento

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ # de ID estudiantil: _____ Grado: _____

La enfermedad por la que se le da la medicina, los efectos secundarios que le cause al niño, las instrucciones especiales, información pertinente: _____

Alergias: _____

MEDICINA	DOSIS/ VIA	FECHA DE INICIO	FECHA EN QUE TERMINA	FRECUENCIA/ HORA DE SUMINISTRACIÓN	¿PRIMERA DOSIS DE UNA MEDICINA NUEVA?	*PUEDE SUMINISTRAR LA DOSIS DE LA MAÑANA
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

***Poner sus iniciales en la casetilla de arriba para indicar que: El estudiante puede tomar la dosis de la medicina de la mañana, si se olvidó dársela en casa, con el permiso telefónico del padre de familia.**

·Las medicinas de compra sin receta médica provistas por los padres de familia de la lista de medicinas aprobadas por el distrito podrán suministrarse un máximo de 10 veces sin la firma del médico. Todas las medicinas deberán de: no estar vencidas; deberán de tener la etiqueta respectiva claramente marcada; y estar en el envase original más pequeño.

·Se **requiere** la firma del médico para las medicinas fuera de lo indicado en la etiqueta, muestras de las medicinas y para las medicinas que se compran sin receta médica que no estén en la lista de medicinas aprobadas del distrito.

·Las sustancias herbales, los suplementos alimenticios, las medicinas homeopáticas o alternativas no han sido evaluados por la Administración de Alimentos y Drogas de los Estados Unidos (US Food and Drug Administration) para asegurar su seguridad o eficacia. La falta de la información de la seguridad limita su uso apropiado en la escuela. Estas medicinas no serán suministradas a menos que se haya determinado que es educacionalmente necesario como parte del plan de educación individual del estudiante o el plan de la Sección 504.

Iniciales del padre de familia

_____ **Cualquier cambio de medicina o dosis requiere que el médico vuelva a una receta nueva. Cualquier solicitud de alguna medicina nueva o adicional requiere que se llene un formulario nuevo.**

_____ **El padre de familia deberá recoger las medicinas sin usar al final del año escolar o dentro de un período de 5 días después de ser discontinuadas. Las medicinas que no sean recogidas serán desechadas.**

Solicito y autorizo al Distrito Escolar Independiente de Rockwall para que suministre la(s) medicina(s) anteriores tal y como han sido recetadas. Entiendo que el administrador escolar podría designar a cualquier empleado calificado para que suministre esta medicina.

Afirmo que entiendo los procedimientos de las medicinas del Manual Estudiantil. Autorizo a la enfermera titulada de la escuela y al médico que recetó la receta para que hablen confidencialmente o para que clarifiquen esta receta médica, y para que hablen acerca de la reacción del estudiante a la medicina recetada tal y como lo requiere la ley. (las Leyes de Texas para la práctica de las enfermeras y para la práctica de los médicos).

 (Firma del padre de familia/Representante legal) (Nombre en letra de imprenta) (Fecha) (Teléfono)

MÉDICO/PROVEEDOR DE LA SALUD

_____ (iniciales del médico) *Pedidos adicionales/indicaciones bronquodilatador (especifique): _____ inhalado*
 Dosis: 2 inhalaciones 4 inhalaciones ampolla. Repetir la dosis después de _____ minutos si los síntomas persisten o vuelven a ocurrir.

_____ (iniciales del médico) *He determinado que la medicina con receta fuera de lo indicado es necesaria en la escuela y además afirmo que se ha determinado clínicamente que esta medicina es segura y efectiva en base a las necesidades de salud del estudiante.*

Solicito y autorizo la(s) medicina(s) mencionadas anteriormente, la dosis y frecuencia.

 (Firma del médico) (Nombre en letra de imprenta) (Fecha) (Teléfono)

