

Escuelas Públicas de Gilbert

Autorización para que los Estudiantes Lleven Consigo sus Medicamentos de Emergencia

Se debe completar un formulario nuevo cada año escolar. El formulario se debe conservar en la Oficina de Salud.

Año Escolar _____ - _____

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____ FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____

ESCUELA _____ GRADO _____

EL MEDICAMENTO IDENTIFICADO EN ESTE FORMULARIO, DEBE SER ENTREGADO EN EL CONTENEDOR ORIGINAL, ETIQUETADO APROPIAMENTE POR UN FARMACÉUTICO Y CON EL NOMBRE DEL ESTUDIANTE. EL CONTENEDOR DEBE DUPLICAR LAS INSTRUCCIONES DADAS EN ESTA PETICIÓN.

ESTA PARTE LA DEBE LLENAR EL PADRE DE FAMILIA O TUTOR LEGAL

Nombre del medicamento que se va a administrar: _____

Propósito del medicamento: _____

Frecuencia de su uso: _____ Dosis prescrita para ser dada en la escuela: _____

Hora(s) o circunstancias en las que se debe administrar el medicamento: _____

Efectos secundarios del medicamento, si es que hay alguno: _____

Otro medicamento(s) que el estudiante está recibiendo: _____

Inhalador Sí _____ No _____

Suministros para Diabéticos y Medicamentos (Sea Específico): _____

*Inyector de Epinefrina Sí _____ No _____

*Glucagón (debe administrarlo por una persona designada)

¿El estudiante puede llevarlo consigo? Sí _____ No _____

*Si se utiliza Epinefrina o Glucagón, se llamará al 911

Yo entiendo que el estudiante aquí mencionado es responsable de mantener el medicamento y/o el equipo y los suministros seguros en su persona. Un suministro adicional del medicamento debe mantenerse en la Oficina de Salud para su uso en caso de una emergencia. El estudiante debe ir a la Oficina de Salud en caso de una emergencia, si esto es posible. El Distrito no es responsable de ninguna pérdida de medicamento. Se espera que el estudiante se adhiera a la Política del Distrito con respecto a los medicamentos.

Yo otorgo permiso a la Enfermera de la Escuela para comunicarse con el Proveedor Médico con respecto al medicamento/medicación.

_____/_____/_____
Nombre Impreso del Padre de Familia o Tutor Legal Firma Fecha

Nombre impreso del contacto de emergencia para el estudiante Número de contacto de emergencia

Nombre impreso del proveedor médico Número de contacto del proveedor Número de fax del proveedor

