

Formulario de autorización del proveedor de medicamentos

Estudiante: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Año escolar: _____

Nombre del medicamento	Razón por la cual toma el medicamento	Dosis y concentración del medicamento	Vía	Horas en que se debe dar el medicamento
<input type="checkbox"/> Albuterol <input type="checkbox"/> Xopenex <input type="checkbox"/> Otro inhalador:	Asma *Síntomas-(lista): 1. 2. 3.	<input type="checkbox"/> Inhalar 2 veces <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Inhalación <input type="checkbox"/> Con espaciador	<input type="checkbox"/> Cada 4 horas si es necesario según los *síntomas <input type="checkbox"/> Se puede repetir en _____ minutos si no hay mejoría (Notifique a la enfermera) <input type="checkbox"/> Previo a hacer ejercicio
Tylenol (acetaminofeno) <i>*solo se da para la fiebre si el estudiante se va a casa</i>	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Dolores menstruales <input type="checkbox"/> Osteomialgia <input type="checkbox"/> Dolor de muelas <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> 80 mg <input type="checkbox"/> 160 mg <input type="checkbox"/> 320 mg <input type="checkbox"/> 325 mg <input type="checkbox"/> 400 mg <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oral	<input type="checkbox"/> Cada 4-6 horas según sea necesario de acuerdo a los síntomas

Firma del médico: _____ **Fecha:** _____

Nombre del médico que da la receta: _____ **Número de teléfono del médico:** _____

El reglamento JLCD del Distrito Escolar requiere, como condición para entregar cualquier medicamento que éste sea recetado por un médico, o un dentista y que sea entregado por los padres del estudiante en el envase original de la farmacia con su etiqueta que contenga el nombre del estudiante, el nombre del medicamento, la dosis, el número de dosis diaria o las horas en que se le debe dar el medicamento al estudiante y, la fecha en que se debe parar de dar dicho medicamento (si correspondiera). Se entiende que el medicamento se da solo por requerimiento de, y como un arreglo con el padre o tutor que firma. El padre o padres, tutor o tutores que firman, por la presente acuerdan dejar libre de responsabilidad al Distrito Escolar RE-1 del Condado de Douglas y a su personal ante cualquier reclamo, que ahora ha surgido, o que de aquí en adelante pueda surgir después de liberar el medicamento al estudiante.

Firma del padre o tutor: _____ **Fecha:** _____

Firma de la enfermera de la escuela: _____ **Fecha:** _____

Revisado / completo Necesita clarificación