

DISTRITO ESCOLAR DE JORDAN SERVICIOS DE ENFERMERIA
FORMULARIO ESCOLAR DE AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS

Año Escolar: _____

Nombre del Estudiante: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Escuela: _____ **Grado:** _____ **Maestro (a):** _____

DEBE SER LLENADO POR UN PROVEEDOR DE SALUD:

Esta orden sólo puede ser firmado por el médico (MD, DO), dentista, enfermera del médico (NP, FNP, PNP, APRN / PP), o asistente médico certificado. La ley de Utah (53a-11-501) **requiere que el medicamento sea administrada durante las horas de clase debe ser médicamente necesario**

*** SOLAMENTE UN MEDICAMENTO POR FORMULARIO***

Diagnóstico _____

Medicamento: _____ **Por Cuanto Tiempo Debe Darse:** _____

Dosis: _____ **Hora:** _____ **Ruta:** _____

Reporte Adversas Reacciones/ Efectos secundarios _____

Instrucciones Especiales: _____

AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS DE AUTOADMINISTRACIÓN

De acuerdo con la Ley del Estado de Utah Los estudiantes sólo podrán llevar y administrar a si mismos inyectores de epinefrina, inhalador para el asma y la insulina. El estudiante arriba mencionado está bajo mi cuidado y ha sido entrenado en la autoadministración de los siguientes medicamentos y es capaz de transportar y asimismo-administrar el medicamento indicado:

Inyectarse así mismo Inhalador insulina

Nombre del Proveedor de Salud _____ **Teléfono:** _____

Firma del proveedor de Salud _____ **Fecha:** _____

RESPONSABILIDADES DE LOS PADRES:

- Los padres deben proporcionar a la escuela el Formulario de Autorización de Medicamentos antes que cualquier medicamento sea administrado por el personal escolar.
- El medicamento debe ser entregado a la escuela por los padres en el envase original, etiquetado con el nombre del estudiante, la medicación, el tiempo, la dosis, y el nombre del proveedor de atención médica.
- Todo medicamento debe ser entregado a la escuela por un adulto y recogido por un adulto dentro de las dos (2) semanas de la última dosis administrada.
- Si hay un cambio en la dosis del medicamento o medicamento, un nuevo Formulario de Autorización de Medicamentos debe ser completado antes que el personal de la escuela puede administrar el nuevo medicamento o la nueva dosis de medicamento.

ENTIENDO QUE AL FIRMAR ESTE FORMULARIO:

- Estoy dando permiso al personal de la escuela para ponerse en contacto con el proveedor de atención médica con respecto a este medicamento.
- Estoy dando permiso para que este medicamento sea administrado por alguien que no sea una enfermera licenciada que ha sido designado por el administrador de la escuela.
- (Excepto en el caso de glucagón o epinefrina auto-inyectable), el personal escolar NO PUEDE administrar:
 - la 1ª dosis de un nuevo medicamento, OR
 - la 1ª dosis de un cambio de dosis de cualquier medicamento.

Firma del Padre _____ **Fecha:** _____ **Número de Emergencia:** _____

Firma de la Enfermera del Distrito: _____