

**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 **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 el padre del adulto designado en el envase original, etiquetado con el nombre del niño, el medicamento, la hora, la dosis y el nombre del proveedor de atención médica.
- Todos los medicamentos deben ser entregados a la escuela por el padre o adulto designado y recogidos por el padre o adulto designado dentro de las dos (2) semanas posteriores a 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:** \_\_\_\_\_