



ORDEN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MEDICA PARA MEDICAMENTOS RECETADOS ADMINISTRADOS EN LA ESCUELA

Nota para el padre, la madre o el tutor:

- Es política del BCSD mantener una orden firmada para cada medicamento que se le pide al personal de la escuela que distribuya durante el horario escolar.
 - Este formulario debe completarse anualmente o cuando ocurran cambios y devolverse a la escuela de su hijo/a antes de que se le pueda administrar cualquier medicamento.
 - El medicamento debe enviarse a la escuela en su envase original.
 - El medicamento debe tener fecha de consumo vigente. Los medicamentos expirados se desecharán adecuadamente.
- Política 561 del BCSD Administración de medicamentos.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Escuela: _____ Grado: _____ Maestro/a: _____

A completar por el proveedor de atención médica:

- Diagnóstico (o motivo para tomar el medicamento): _____
- Nombre del medicamento: _____
 - Forma del medicamento/tratamiento:
 - Tableta/cápsula Líquido Inhalador Inyección Nebulizador Otro
 - Instrucciones (Horario y dosis en la que se administrará en la escuela):

 - Restricciones y/u otros efectos secundarios importantes:
 - No se prevé ninguno.
 - Sí. Por favor, describir: _____
 - Requisitos de almacenamiento: Ninguno Refrigeración Otro: _____

Nombre del proveedor de atención médica: _____ Teléfono: _____

Firma del proveedor de atención médica: _____ Fecha: _____

A completar por el padre/madre/tutor:

Yo doy autorización para que la enfermera o quien la enfermera designe administren el medicamento antes mencionado a mi hijo/a.

Nombre del padre/madre/tutor: _____ Teléfono: _____

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

Medicamentos Autoadministrados

En cuanto a los medicamentos autoadministrados, solo están incluidos el autoinyector de epinefrina, el inhalador de dosis medida o el inhalador de polvo seco, o la insulina recetada por un médico y con una etiqueta individual.

- Este estudiante es capaz y responsable de autoadministrarse este medicamento.
 - No Sí - Supervisado Sí – Sin ser supervisado
- Debido a la necesidad de acceso inmediato por parte de este estudiante, este medicamento debe:
 - Mantenerse en la oficina de la escuela.
 - El estudiante lo tiene guardado-Ubicación (mochila, bolsita de útiles/ápices, etc.) _____

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____