



**Autorización para el suministro
de medicamentos recetados
2022-2023**

Instrucciones: Se recomienda que los medicamentos sean administrados en casa por los padres/tutores siempre que sea posible. Si es necesario que un estudiante reciba medicamentos en la escuela, en excursiones, o en una actividad patrocinada por la escuela, este formulario debe ser completado por un proveedor de atención médica y el padre/tutor antes de que el medicamento pueda ser administrado en la escuela. Por favor, llene un (1) formulario para CADA medicamento requerido.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____

Autorización del padre, madre o tutor

Solicito que mi estudiante, _____, reciba medicamentos recetados o procedimientos en el momento indicado y según lo designe su proveedor de atención médica.

- Seré responsable de traer los medicamentos recetados a la escuela en un recipiente etiquetado por el farmacéutico.
- También entiendo que soy responsable de mantener una cantidad suficiente de medicamentos o suministros en la escuela. Si no lo hago, se interrumpirá la orden del médico o se suspenderá la administración del medicamento/procedimiento por parte de la escuela para mi estudiante.
- Entiendo que, si mi estudiante se niega a tomar la(s) medicación(es) recetada(s) o a permitir el (los) procedimiento(s), el personal de la escuela no utilizara la fuerza para hacer que mi hijo(a) cumpla.

El personal de la escuela tiene permiso para comunicarse con el proveedor médico que prescribe el medicamento en relación con el uso, los efectos secundarios, la respuesta y las contraindicaciones del medicamento(s) o los resultados o la frecuencia del procedimiento. Puedo rescindir mi permiso en cualquier momento.

Firma del padre/madre o tutor

Relación

Fecha (m/d/a)

Health Care Provider Authorization: I am prescribing the following medication and procedures for the above scholar to be administered or performed at school.

DAILY or PRN

Name of Daily Medication (Generic and Trade Name)	Dosage/ Frequency	Time(s) (AM/PM):	Start date	Stop date	Possible Adverse Side Effect or Contraindications:

The above orders shall be effective throughout the current school year, summer school and through September 30th of the following school year, unless the orders are discontinued, changed or withdrawn in writing by the parent/guardian before that time elapses.

Medical Provider's Signature

Date (Mo./Day/Yr.)

Telephone/Fax Number

Printed Medical Provider's Name

Address



Formulario de consentimiento para medicamentos sin receta

Este formulario debe ser completado y estar archivado en la oficina principal para que el personal de la escuela pueda administrar cualquier medicamento.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____

Nombre del medicamento: _____

Cantidad/Dosis: _____

Hora de la administración: _____

Número de días que se debe dar: _____

El propósito del medicamento es: _____

- Por lo presente doy mi permiso al personal de la escuela designado por el director de la escuela para administrar la medicación a mi hijo(a) de acuerdo con las instrucciones descritas anteriormente.
- También estoy de acuerdo en dar mi permiso al director de la escuela/personal designado para ponerse en contacto con el médico de mi hijo(a).
- Además, estoy de acuerdo en liberar a The Lincoln Academy y a todos los empleados de cualquier reclamo que surja de la administración de este medicamento en la escuela.
- Estoy de acuerdo en notificar a la escuela por escrito a la hora de terminación de esta autorización o cuando cualquier cambio en lo anterior sea necesario.

Firma del padre/madre o tutor legal

Fecha

Nombre del padre/madre o tutor legal (letra de impreso)

Número de teléfono

RECORDATORIO: Todos los medicamentos (con o sin receta) que se traigan a la escuela deben tener la siguiente información impresa en el envase.

- Nombre completo del estudiante
- Nombre del medicamento y dosis
- Hora de administración
- Nombre y número de teléfono del médico