



Servicios médicos

Formulario de autorización de medicamento/tratamiento

La administración de medicamentos/tratamientos durante el horario escolar solo ocurrirá cuando los horarios de los medicamentos no se pueden ajustar para que el padre/madre/tutor los administre en casa.

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

Nombre de la escuela: _____ Maestro: _____

El padre/madre o tutor legal debe completar la siguiente sección:

Liste las condiciones médicas y alergias del menor: _____

Nombre del medicamento: _____ Concentración: _____

Presentación: _____ Vía: _____ Fecha de caducidad: _____

Cantidad que se debe dar: _____ Veces que se debe dar: _____

Nombre del médico que lo receta: _____

Enfermedad o condición para la que se receta: _____

Fechas en las que se debe dar el medicamento:

Fecha de inicio: ____ hasta el fin del año escolar, a menos que se indique lo contrario aquí: ____

El medicamento con receta DEBE tener la etiqueta de la receta original, no caducada y sin alterar en el frasco; esta etiqueta debe incluir el nombre del menor, el medicamento, la dosis, la frecuencia de administración, el nombre del médico y el nombre y teléfono de la farmacia.

El medicamento sin receta DEBE ser apropiado para la edad y estar en su envase original, no caducado (etiquetado en la tienda), marcado con el nombre del estudiante. La dosis del medicamento no puede exceder la dosis especificada en la etiqueta del medicamento sin la orden de un médico. No se darán aspirinas, productos con aspirina o productos naturopáticos sin la orden de un médico.

Por la presente, autorizo al enfermero o director de la escuela o al personal capacitado que designe la escuela, para que ayude con la administración del medicamento o tratamiento recetado a mi hijo cuando esté en la escuela o fuera de esta mientras participa en actividades escolares oficiales (F.S.1006.062). Doy permiso para que el personal de Alachua County Public School se comunique con el médico y la farmacia de mi hijo respecto a este medicamento.

Entiendo que la ley establece que no habrá responsabilidad como resultado de la administración de dicho medicamento o tratamiento siempre que la persona que administre dicho medicamento o tratamiento actúe como lo haría una persona ordinaria razonablemente prudente en circunstancias iguales o similares. **Entiendo que es mi responsabilidad resurtir los medicamentos como se describe arriba y dar los suministros del tratamiento cuando corresponda además de informar al personal de la escuela de cualquier cambio en la condición médica de mi hijo, el medicamento, las órdenes del médico o el tratamiento.**

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

Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____ Celular: _____

Firma: _____ Fecha: _____

