



Departamento de Servicios de Salud

**Formulario de Autorización para Porte/Administración de Medicamentos
Medicamentos para dolor de cabeza, inhaladores, EpiPen, Insulina yo/ enzimas para
páncreas.**

Nombre del Estudiante: _____ Fecha Nacimiento: _____ Grado: _____
Escuela: _____

**La siguiente sección para para ser completada por el padre, la madre o tutor legal del
estudiante:**

Detalle condiciones de salud y alergias del estudiante: _____

Otorgo permiso a mi hijo(a), cuyo nombre se detalla arriba, a que administre a sí mismo(a) el siguiente medicamento:

Nombre medicamento: _____ Fecha caducidad: _____

Dosis correspondiente: _____ Horario para ser suministrada: _____

Nombre del doctor que prescribe si es bajo indicación médica: _____

Condición o enfermedad que padece para ser medicado(a): _____

Comienzo de suministro: _____ Ultimo día de suministro (de haber alguna): _____

AUTORIZACION DE PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL

Yo, tomo total responsabilidad del presente formulario, por lo que el Distrito Escolar de las Escuelas Públicas del Condado de Alachua y su personal no son responsables si mi hijo(a) falta a la dosis médica que necesita de acuerdo a la prescripción de su doctor o a la administración de dosis descrita en el medicamento si no es recetado. Es de mi entendimiento, que inhaladores, EpiPen, insulina o encimas para el páncreas deben de estar bajo el nombre de mi estudiante con una etiqueta original de la farmacia siguiendo con las regulaciones de lugar. Medicamentos para dolor de cabeza pueden ser llevados sin receta médica si es regulado bajo la FDA de los Estados Unidos de América. Deben de estar en contenedores originales, con fecha válida y no pueden contener aspirina.

Si se determina que un o una estudiante que porta sus medicamentos abusa de ellos o no es confiable a portarlos, o si los comparte con otros estudiantes; el privilegio será revocado y reportado de inmediato a la administración de la escuela. Esto podría acarrear consecuencias disciplinarias para el estudiante. **Entiendo, que por razones de seguridad es importante que la escuela sepa sobre los medicamentos que mi hijo(a) está consumiendo, así como los cambios que pueda haber con respecto a su prescripción médica por lo que la enfermera de la escuela debe ser informada lo antes posible.**

Nombre Padre, Madre o Tutor Legal: _____ Relación: _____

Teléfono residencia: _____ Teléfono Oficina: _____ Móvil: _____

Firma: _____ Fecha: _____