



Servicios médicos

Formulario de autorización de medicamento/tratamiento para la diabetes

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

Nombre de la escuela: _____ Maestro: _____

Nombre del médico que receta: _____ Alergias: _____

El Plan de manejo médico de la diabetes (DMMP) del estudiante se actualizará anualmente o cuando el medicamento o manejo del menor cambie. Los padres/tutores son responsables de entregar la copia más reciente del DMMP (o de las órdenes del médico) del menor a la escuela.

El padre/madre/tutor debe entregarle a la escuela el medicamento no caducado/de emergencia y el equipo/suministros del tratamiento del menor. No recibirá atención sin los medicamentos o suministros adecuados. Si los medicamentos o suministros no están disponibles, se exigirá al padre/madre/tutor que traiga los suministros, trate al menor en la escuela o se lo lleve a casa. Si se necesita una intervención por hipoglucemia o hiperglucemia y no se ha podido contactar al padre/madre/tutor, se llamará al 911 para el tratamiento. **El padre/madre o tutor legal debe completar esta sección:**

Medicamento/suministros del tratamiento	Insulina	Pluma de insulina	Bomba de insulina	Comprimidos de glucosa	Glucagón	Tiras de cetonas	Medidor/tiras reactivas	Lancetas
Fecha de caducidad								
Autorización con las iniciales del padre/madre/tutor								

Fechas en las que se deben dar los medicamentos/tratamientos:

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

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 mientras está 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: _____

Fecha	Medicamento o suministro	Cantidad en el envase	Número de dosis/inventario	Fecha de caducidad	Iniciales del receptor	Iniciales del testigo

Firma del receptor/iniciales

Firma del testigo/iniciales

Fecha	Medicamento o suministro	Cantidad en el envase	Número de dosis/inventario	Fecha de caducidad	Iniciales del receptor	Iniciales del testigo

Firma del receptor/iniciales

Firma del testigo/iniciales

Fecha	Medicamento o suministro	Cantidad en el envase	Número de dosis/inventario	Fecha de caducidad	Iniciales del receptor	Iniciales del testigo

Firma del receptor/iniciales

Firma del testigo/iniciales
