



Servicios de Salud

**Formulario de Autorización Para Suministro de Medicamentos de Tratamiento Médico**

*El suministro de medicamentos bajo tratamiento recetado durante horas de escuela, solamente se llevará a cabo cuando los horarios de medicación no pueden ser ajustados con la estadía en el hogar por parte de los padres o tutores.*

Nombre del (la) estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Maestro: \_\_\_\_\_

**La siguiente información, debe de ser completada por los padres o tutor legal:**

Detalle condiciones de salud y alergias del (la) estudiante: \_\_\_\_\_

Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_ Capacidad: \_\_\_\_\_

Presentación: \_\_\_\_\_ Vía: \_\_\_\_\_ Fecha Expiración: \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_ Horario de dosis: \_\_\_\_\_

Nombre doctor que prescribe el medicamento: \_\_\_\_\_

Nombre de la enfermedad o condición para la cual se medica: \_\_\_\_\_

**Fechas para suministrar medicamento**

Fecha comienzo: \_\_\_\_\_ Hasta: *Fin año escolar* (de lo contrario, proveer fecha): \_\_\_\_\_

La prescripción médica DEBE ser original, sin alteraciones en la etiqueta de la botella o presentación. Dicha etiqueta debe incluir nombre del niño o niña, medicación, dosis, frecuencia de administración, nombre del doctor, nombre de la farmacia y número de teléfono.

Cualquier medicamento no recetado DEBE ser en original (etiqueta de farmacéutica) y en envase original, marcado con el nombre del o la estudiante. La dosis no puede mayor que la establecida en la etiqueta del medicamento si no hay una orden médica. No serán suministrados medicamentos de aspirina o que la contengan; ni tampoco productos de medicina alternativa sin una orden médica.

“Por medio de la presente, autorizo a la enfermera de la escuela, director(a) o personal entrenado a suministrar los medicamentos recetados para mi hijo(a) en la escuela o fuera de ella cuando estén participando en alguna actividad escolar en horario de escuela (F.S.1006.062). Autorizo al personal de las Escuelas Públicas del Condado de Alachua a que contacten el médico de cabecera de mi hijo(a) y la farmacia con relación a la medicación de lugar.

Así también, entiendo que las leyes establecen que no hay ninguna disputa legal como resultado del suministro de dicha medicación o tratamiento donde la persona que lo aplica actúa con la prudencia razonable bajo las circunstancias de lugar. **Entiendo, que es mi responsabilidad suplir el medicamento de acuerdo a las dosis recetadas y detalladas arriba, cuando sea necesario, así como notificar a la escuela y el personal de la misma si hay algún cambio en la salud de mi hijo(a), la medicación, las órdenes del médico y/o tratamiento.**

Nombre padre, madre o tutor legal: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa #: \_\_\_\_\_ de trabajo #: \_\_\_\_\_ Móvil o celular #: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

