



Distrito Escolar del Área de Little Chute
Servicios de Salud
CONSENTIMIENTO PARA
LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS



Samantha Busko, MSN, RN, Enfermera Escolar 920-788-7600
 Escuela Primaria Fax: 920-788-7847 Y Fax de las Escuelas IM/MS/HS: 920-788-7841

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE Y DEL MÉDICO

EL NOMBRE DEL ESTUDIANTE:	FECHA DE NACIMIENTO:	GRADO:
ASISTENCIA A LA ESCUELA:	ESTUDIANTE USA EL AUTOBÚS: <i>SÍ</i> <i>NO</i>	
NOMBRE DEL MÉDICO:	NÚMERO DE TELÉFONO:	

Como parte del Capítulo 118.29 del Estatuto de Wisconsin, los distritos escolares deben tener el permiso de un proveedor médico para administrar medicamentos en la escuela. Como parte del formulario de autorización, los empleados del distrito escolar pueden comunicarse con el proveedor médico y los padres si tienen preguntas sobre la administración de medicamentos, incluida la aclaración sobre la dosis, los efectos secundarios o la indicación de los medicamentos enumerados anteriormente. Como padre o tutor del estudiante mencionado anteriormente, mantendré informado al distrito escolar sobre cualquier cambio en los medicamentos o problemas de salud de mi hijo.

MEDICAMENTO DIARIO

<i>MEDICAMENTO/ DOSIS</i>	<i>RUTA</i>	<i>TIEMPO</i>	<i>COMENZAR FECHA</i>	<i>DETENER FECHA</i>	<i>POSIBLE EFECTOS SECUNDARIOS</i>	<i>RAZONES PARA MEDICAMENTO</i>	<i>VÍA DE ADMINISTRACIÓN:</i>	
							<i>Dado por personal</i>	<i>Ser- Administrar*</i>

SEGÚN MEDICAMENTO NECESARIO

<i>MEDICAMENTO/ DOSIS</i>	<i>RUTA</i>	<i>TIEMPO</i>	<i>COMENZAR FECHA</i>	<i>DETENER FECHA</i>	<i>POSIBLE EFECTOS SECUNDARIOS</i>	<i>RAZONES PARA MEDICAMENTO</i>	<i>VÍA DE ADMINISTRACIÓN:</i>	
							<i>Dado por personal</i>	<i>Ser- Administrar*</i>

ADMINISTRACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS

EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR PARTE DEL PERSONAL (LCASD)

Por la presente, doy permiso al personal escolar designado para que le dé medicamentos a mi hijo durante el día escolar, incluso cuando esté fuera de la propiedad escolar por asuntos oficiales de la escuela, de acuerdo con las instrucciones escritas del médico que se muestran en este formulario. Por la presente doy permiso al personal escolar designado para notificar a otro personal escolar apropiado y maestros de aula sobre la administración de medicamentos y los posibles efectos adversos del medicamento. Además, aceptó eximir de responsabilidad al Distrito Escolar del Área de Little Chute y a los empleados de LCASD que administran el medicamento en cualquiera o todas las reclamaciones que surjan de la administración de este medicamento en la escuela.

EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD PARA AUTO PORTAJE DE MEDICAMENTOS (AUTOADMINISTRACIÓN*)

Los estudiantes de 7.º a 12.º grado o los estudiantes con medicamentos de emergencia (p. ej., inhaladores, epipens, Auvi-Q y/o medicamentos para las convulsiones) que se consideren responsables podrán llevar consigo y autoadministrarse sus medicamentos. Al indicar autoadministración, acepto que este estudiante está debidamente capacitado para usar y administrar sus medicamentos. Cualquier uso indebido del medicamento por parte de un estudiante, incluida la venta o el regalo del medicamento, dará como resultado la revocación de los privilegios de autoadministración y puede resultar en una remisión a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley. Los padres serán notificados de cualquier violación observada. Soy consciente de que el personal de la escuela no supervisará ni tendrá responsabilidad en el proceso. Acepto eximir de responsabilidad al LCASD en cualquiera o todos los reclamos que surjan de la autoadministración de este medicamento en la escuela.

Nota: Si se selecciona la autoadministración y el estudiante es menor de 7.º grado, el medicamento no se considera un medicamento de emergencia, o se considera que el estudiante no es responsable de auto administrarse adecuadamente, el medicamento solo será administrado por el personal y se almacenará en el Oficina de salud.

PADRE/GUARDIÁN CONSENTIMIENTO DE MEDICAMENTOS

Por la presente doy permiso al personal escolar capacitado designado para administrar medicamentos a mi hijo durante el día escolar, incluso cuando esté fuera de la propiedad escolar por asuntos oficiales de la escuela, de acuerdo con las instrucciones escritas del médico que se muestran en este formulario. También por la presente acepto dar mi permiso a la enfermera de la escuela y/o al personal de la escuela para que se comuniquen con el médico del niño si es necesario. Por la presente doy permiso al personal escolar designado para notificar a otro personal escolar apropiado y maestros de aula sobre la administración de medicamentos y los posibles efectos adversos de los medicamentos. Además, aceptó eximir de responsabilidad al Distrito Escolar del Área de Little Chute y al empleado(s) de LCASD que están administrando el medicamento en cualquiera o todos los reclamos que surjan de la administración de este medicamento en la escuela. Acepto notificar a la escuela al finalizar esta solicitud o cuando sea necesario realizar cambios en las órdenes anteriores. Entiendo que, como padre/tutor, soy responsable de asegurar que la medicación de rescate de respaldo esté disponible para mi hijo después del horario escolar y durante los viajes hacia/desde y durante los eventos patrocinados por la escuela. La información de salud de los estudiantes se comparte a través de correos electrónicos, copias de planes de salud y/o reuniones de personal con maestros de nivel de grado, entrenadores, compañías de autobuses, personal de oficina y otro personal pertinente de LCASD.

Al firmar a continuación, acepta que ha revisado este plan de salud para su hijo y que el plan de salud es correcto y/o ha realizado los cambios apropiados en este formulario para que el plan sea correcto.

CONTACTO DE EMERGENCIA:	RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE:
(C) TELÉFONO:	(C) TELÉFONO:
FIRMA DEL PADRE/TUTOR:	FECHA:
LA SECCIÓN A CONTINUACIÓN ES SOLAMENTE NECESARIA PARA <u>MEDICAMENTOS RECETADOS</u>	
NOMBRE DEL MÉDICO:	TELÉFONO:
FIRMA DEL MÉDICO:	FECHA:

Iniciales del director: _____ Fecha: _____

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS A ESTUDIANTES

LOS MEDICAMENTOS DEBEN SER ADMINISTRADOS A LOS ESTUDIANTES POR SUS PADRES/TUTORES EN CASA SIEMPRE QUE SEA POSIBLE.

Todorelacionado con la salud Las políticas, la información y los formularios se pueden encontrar en el sitio web del Distrito.

Nota: Todos los medicamentos (tanto recetados como de venta libre) deben ser proporcionados por los padres y deben estar en el envase original. Si es un medicamento recetado, pídale al farmacéutico que divida el medicamento en dos recipientes completamente etiquetados, proporcionando uno para el hogar y otro para la escuela.

MEDICAMENTOS RECETADOS:

1. Los medicamentos que se administrarán en la escuela deben tener un formulario de consentimiento para la Administración de Medicamentos completado por un prescriptor autorizado, al comienzo de cada año escolar. Las autorizaciones de medicamentos serán válidas para el año escolar en curso y deberán renovarse anualmente. Cualquier cambio en el tipo de medicamento, la vía, la dosis, la frecuencia o el tiempo requiere una nueva orden de medicación por escrito. Solo la enfermera de la escuela recibirá una orden telefónica para cualquier cambio de medicamento. **tenga en cuenta:** No se administrarán medicamentos sin la orden médica adecuada y el consentimiento de los padres en el archivo.
2. De acuerdo con la práctica médica estándar, una orden de medicamentos de un prescriptor autorizado deberá contener: a. nombre del estudiante; b. fecha de nacimiento del estudiante; C. nombre y firma del prescriptor autorizado, y números de teléfono comerciales/de emergencia; d. nombre del medicamento recetado; mi. vía, dosis, frecuencia y hora de administración del medicamento; F. las fechas de vigencia; (si desea obtener su consentimiento para postularse a la escuela de verano, pídale al médico que extienda la fecha de "finalización" hasta la finalización de las sesiones de aprendizaje de verano (p. ej., 30-8-13). g. diagnóstico; h. instrucciones específicas para la administración en un formato legible.
3. Se obtendrá información adicional del prescriptor autorizado, si corresponde: a. cualquier efecto secundario especial, contraindicaciones y reacciones adversas a observar; b. cualquier otro medicamento que esté tomando el estudiante; C. una orden para discontinuar un medicamento recetado.
4. Los estudiantes tomarán la medicación en un horario designado supervisado por personal autorizado.
5. Los estudiantes de los grados 7-12 de LCASD pueden llevar y auto administrarse medicamentos siempre que no sea una sustancia controlada. La aprobación por escrito, firmada por el padre y el médico, debe estar disponible para que el estudiante se auto administre cualquier medicamento recetado.

MEDICAMENTOS SIN RECETA:

Los padres deben completar y entregar en la oficina un formulario de solicitud para dar medicamentos en la escuela.

Los estudiantes de LCASD pueden llevar y auto administrarse un medicamento de venta libre con el formulario de Solicitud de Administración de Medicamentos. Los estudiantes deben llevar el medicamento y una copia de este formulario en todo momento. Los originales de este formulario deben entregarse en la oficina.

MEDICAMENTOS EN STOCK SIN RECETA:

Se mantiene una cantidad limitada de medicamentos en stock en la sala de salud de LCASD para los grados 7-12. Estos incluyen acetaminofén, ibuprofeno, Tums y Benadryl. Los padres deben completar y entregar en la oficina un formulario de Permiso para Administrar Medicamentos en Existencia en la Escuela.