

# Formulario de autorización de administración de medicamentos en LPS



Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Medicamento: \_\_\_\_\_

Dosis / Cantidad: \_\_\_\_\_ Ruta: \_\_\_\_\_

Para ser administrado en el (los) siguiente(s) momento(s) \_\_\_\_\_

Propósito de la medicación: \_\_\_\_\_

Efectos secundarios: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_

Requisitos de almacenamiento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Profesional de la Salud con Autoridad Prescriptiva

\_\_\_\_\_  
Número de Licencia

\_\_\_\_\_  
Escriba el Nombre del Profesional de la Salud

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Fecha

Prescripción médica:

- Debe venir en un recipiente etiquetado con el nombre del estudiante, el nombre del medicamento, la hora de administración del medicamento, la dosis y el nombre del profesional de la salud autorizado.
- Por favor pida al farmacéutico un frasco de medicamentos etiquetado por separado para guardar en la escuela.

Medicamento sin receta:

- Debe estar empaquetado en el contenedor original y etiquetado con el nombre del estudiante
- Por razones de seguridad, los padres son responsables de llevar el medicamento del estudiante a la oficina de salud de la escuela.
- Las dosis que requieren la división de una tableta o píldora deben ser divididas por el farmacéutico o el padre. El personal escolar no puede dividir tabletas o píldoras.
- Los medicamentos no utilizados que no sean recogidos por los padres serán descartados al final del año.
- Se deben completar nuevos formularios de autorización de administración de medicamentos cada vez que haya algún cambio en la medicación o dosis y al comienzo de cada año escolar.

*Las Escuelas Públicas de Littleton acuerdan en la administración de medicamentos recetados por un profesional de la salud con licencia. Se entiende que la medicación se administra únicamente a petición del padre o tutor que suscribe, y como una adaptación para este. En consideración a la aceptación de la solicitud para realizar este servicio por parte del personal de las Escuelas Públicas de Littleton, el padre o tutor que suscribe acepta liberar a dicha institución y a su personal de cualquier reclamo legal que ahora tengan o puedan tener de aquí en adelante, como resultado de la administración (o falta de administración) del medicamento al estudiante. Al firmar este documento, doy permiso para que el profesional de la salud de mi estudiante comparta información sobre la administración de este medicamento con la enfermera de la escuela o el personal de la escuela delegado para administrar el medicamento.*

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre/Tutor (Impreso)

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre / Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Teléfono

\_\_\_\_\_  
Teléfono alternativo

-----  
For School RN use only:

\_\_\_\_\_  
Nurse Signature

\_\_\_\_\_  
Date

School Copy \_\_\_ PMT \_\_\_ Scanned \_\_\_ IC upload \_\_\_