

CORPORACIÓN ESCOLAR DE LA COMUNIDAD DE GREENFIELD CENTRAL AÑO ESCOLAR 2024-2025  
SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS - PÁGINA 1 de 2

Estimado padre/madre/tutor legal y proveedor de atención médica:

- Usted y el proveedor de atención médica que receta los medicamentos a su hijo deben llenar este formulario en su totalidad. Cada medicamento requiere que se llene su propio formulario y solo es válido para este año escolar.
- Se debe llenar un formulario nuevo en caso de cualquier cambio en el medicamento, la dosis o el tiempo de administración.
- Se debe notificar por escrito al asistente médico cuando se vaya a suspender un medicamento.
- **Todos los medicamentos deben ser traídos a la escuela por el padre/madre/tutor, o un adulto mayor de 18 años, que esté en la lista de contactos en casos de emergencia del estudiante en PowerSchool.** Los medicamentos que el estudiante traiga a la escuela no se administrarán y el padre/madre/tutor debe venir para recuperarlo.
- En caso de medicamentos recetados, se almacenará en la clínica un suministro para hasta 60 días. El adulto que traiga el medicamento a la escuela contará el medicamento con el personal de la clínica. Los medicamentos deben llevarse a la clínica durante el horario escolar habitual.
- El medicamento que se lleve a la clínica debe ser el frasco más nuevo adquirido en la farmacia.
- La farmacia debe etiquetar los envases de medicamentos recetados con el nombre del estudiante, el nombre del proveedor de atención médica, el nombre del medicamento, la dosis, la vía de administración (es decir, por vía oral), las condiciones de almacenamiento, la fecha de la receta y la fecha de vencimiento. **La información que figura en la etiqueta de la receta debe coincidir con la documentación suministrada por el proveedor de atención médica en este formulario.**
- El personal de la clínica desechará los frascos vacíos de medicamentos recetados. El personal de la clínica retirará y triturará la etiqueta de la receta. No puede traer pastillas de otro frasco para mezclarlas con medicamentos suministrados previamente a la clínica.
- Los medicamentos de venta libre deben estar en un **paquete nuevo y sin abrir** cuando los traiga a la clínica.
- Los medicamentos no se devolverán a casa con los estudiantes. El padre/madre/tutor o un adulto, mayor de 18 años, que esté en la lista de contactos en casos de emergencia del estudiante en PowerSchool, debe recoger el medicamento en la clínica.
- Los medicamentos que no se recojan al final del último día de clases serán destruidos. Los medicamentos caducados también serán destruidos. En caso de que se suspenda un medicamento, el padre/madre/tutor debe recogerlo dentro de los cinco días escolares o el medicamento será destruido.
- El personal que administra medicamentos recibe capacitación anual sobre prácticas seguras de administración de medicamentos. Lo más probable es que este personal capacitado, pero sin licencia, administre los medicamentos. El director de servicios médicos puede tener en archivo una lista del personal capacitado.
- Los medicamentos se pueden administrar hasta 60 minutos antes o después de la hora de administración programada que indique el proveedor de atención médica. Los asistentes médicos harán un esfuerzo de buena fe para administrar los medicamentos según lo programado. Si su estudiante llega a la clínica fuera de este período, no se le administrará la dosis.
- Su estudiante puede estar sujeto a videovigilancia mientras esté en la clínica recibiendo medicamentos.
- El padre/madre/tutor debe proporcionar todos los consumibles necesarios para la administración de medicamentos (vasos desechables, jeringas, cucharas, puré de manzana, pudín, bocadillos, etc.).
- Los medicamentos almacenados en la clínica solo están disponibles para el estudiante durante el día escolar regular.
- **En caso de un retraso de dos horas, los medicamentos se administrarán a la hora indicada. No se reprogramarán las dosis.**

**\*\*ESTE ES UN DOCUMENTO DE 2 PÁGINAS. LEA AMBOS LADOS Y COMPLETE TODOS LOS CAMPOS. NO SE ACEPTARÁN FORMULARIOS INCOMPLETOS.\*\***

**CORPORACIÓN ESCOLAR DE LA COMUNIDAD DE GREENFIELD CENTRAL AÑO ESCOLAR 2024-2025**  
**SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS - Página 2 de 2**  
 Se deben llenar todos los espacios antes de que se administren los medicamentos en la escuela.

**El proveedor de atención médica que receta el medicamento debe completar esta parte**

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

Nombre y concentración del medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Vía: \_\_\_\_\_

Afección para la cual se receta el medicamento: \_\_\_\_\_

**Respecto a los medicamentos diarios/programados:** el padre/madre/tutor debe administrar la dosis de la mañana en casa. El personal escolar no administrará la primera dosis del día. Las dosis al final del día deben programarse al menos 30 minutos antes del final del día escolar programado. El almuerzo en todo el distrito comienza a las 10:30 y termina a la 1:48 p. m. (el horario puede cambiar inesperadamente debido a retrasos no programados en el horario escolar). Si el médico indica que la dosis escolar se administre durante el almuerzo, la dosis se programará para su administración de acuerdo con el horario del almuerzo establecido para el estudiante, que puede variar durante el año. Algunos estudiantes pueden almorzar a una hora diferente cada día. Si no desea que se haga de esta manera, el médico deberá indicar el momento en el que se debe administrar el medicamento.

Hora del día en que la dosis se administrará en la escuela:  Diariamente con el almuerzo del estudiante.  Q  
 Diariamente a las \_\_\_\_\_ (hora).

Si el medicamento se debe administrar **“según sea necesario”**, indique la frecuencia (es decir, “cada 4 horas”): \_\_\_\_\_  
 Si es “según sea necesario”, indique los síntomas específicos que requieren la administración del medicamento (no se administrarán medicamentos fuera de estos parámetros):  
 \_\_\_\_\_

Fecha de inicio más temprana de la administración del medicamento:  31 jul 2024 (primer día de clases)  Q  \_\_\_\_\_

Fecha de suspensión  30 jun 2025 (final de año escolar)  Q  \_\_\_\_\_ (La dosis se administrará en la fecha especificada, pero no después).

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

Nombre en letra de imprenta de quien que receta el medicamento y cargo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma de quien que receta el medicamento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**El padre/madre/tutor debe completar esta parte**

Solicito que el personal escolar administre el medicamento recetado por el proveedor de atención médica. Certifico que tengo autoridad legal para otorgar mi consentimiento para el tratamiento médico del estudiante antes mencionado, incluida la administración de medicamentos en la escuela. Autorizo al director, los asistentes médicos y los enfermeros escolares a comunicarse con el proveedor de atención médica que receta el medicamento con respecto a la afección médica de este estudiante y dicho medicamento. Doy permiso para que la información médica de mi estudiante se comparta con los maestros y otro personal escolar. Leí y entiendo los términos establecidos en la página 1 de 2 de este formulario. Acepto cumplir las pautas con respecto a la administración de medicamentos recetados en la escuela. Proporcionaré todos los suministros necesarios para que mi estudiante tome este medicamento según lo recetado, incluidos vasos, jeringas, cucharas, puré de manzana, galletas saladas, etc.

Nombre en letra de imprenta del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_