

AUTORIZACIÓN PARA EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS

El Sweetwater County Distrito Escolar Número Uno, Estado de Wyoming Política de Archivo JHCD requiere que medicamentos no prescritos no pueden ser suministrados a los estudiantes en la escuela sin permiso escrito tanto del médico del estudiante como de los padres/ tutor legal o estudiante en edad legal. Firmando abajo, el padre, tutor legal o estudiante en edad legal por este medio otorga permiso para que el director del edificio o la enfermera de la escuela contacten al médico mencionado abajo para los registros del paciente, historia médica o información de medicamentos y dosis como sea requerido. Si es necesario que los medicamentos sean suministrados durante las horas escolares, por favor provea la información requerida y regrese esta autorización firmada a la escuela. **Para cada año escolar se requiere una nueva autorización.**

Nombre del Estudiante: _____ Grado: _____

Nombre del medicamento y dosis: _____

Horario en el que se debe suministrar: _____

Razones para tomarlo: _____

Almacenamiento especial o información de seguridad: _____

Precauciones específicas del médico (efectos secundarios) y acciones a tomarse: _____

Firma del Médico: _____ Fecha: _____

Como padre, tutor legal o estudiante en edad legal, yo autorizo al estudiante mencionado arriba para recibir el Medicamento identificado y estoy de acuerdo en proveer el medicamento en recipiente farmacéutico adecuadamente etiquetado dentro del cual fue originalmente prescrito (los farmacéuticos proveerán recipientes etiquetados para el suministro en la escuela) La cantidad del medicamento a conservarse en la escuela para el estudiante debe ser apropiada a las necesidades del estudiante. En consideración del personal del Distrito para administrar tal medicamento, como amigos designados en acuerdo con Wyo. Stat. 33-21-154, el abajo firmante por este medio libera al Distrito de cualquier y todo reclamo, demandas y responsabilidades que podrían resultar por razón de la administración de tal medicamento, de la omisión en su suministro o la administración incorrecta de éste.

Firma del Padre / Tutor: _____ Fecha: _____

Teléfono del Padre/Tutor: Casa: _____ Trabajo: _____

Firma del Estudiante en Edad Legal _____ Fecha _____

MEDICAMENTO AUTO ADMINISTRADO

Autorización de Inhalador – Firma Requerida del Médico. El estudiante mencionado arriba tiene mi permiso para llevar consigo su inhalador de prescripción médica para auto-administración del medicamento.

Firma del Médico: _____ Fecha: _____

Excepción de Inhalador – Firma Requerida del Padre / Tutor. El estudiante ha sido instruido en el uso y cuidado apropiado del inhalador identificado arriba. Yo solicito que al estudiante le sea permitido llevar consigo y auto-administrarse el inhalador.

Firma del Padre / Tutor: _____ Fecha: _____

Firma del Estudiante en Edad Legal: _____ Fecha: _____

MEDICAMENTOS EN EMERGENCIAS

El servicio Médico de Emergencia (911) será activado en el caso de que se administre Epinephrine o Glucagon y a los padres se les notificara inmediatamente.

- Inyección de Epinephrine para reacciones alérgicas severas
- Inyección de Glucagon para Hipoglucemia (nivel bajo de azúcar en la sangre)

El uso de oxígeno por una emergencia es administrado solamente en circunstancias excepcionales.