

## ESCUELAS PUBLICAS DE AURORA SERVICIOS DE SALUD

### Permiso Para Administrar El Uso de Medicamento en la Escuela

Por parte de la ley del Estado de Colorado, se requiere que Distritos Escolares tengan una forma de autorización firmada por los padres y el médico. Esta forma otorga permiso a la escuela para administrar medicamento recetado al alumno. Por razones de seguridad, se les pide a los padres traer el medicamento directamente a la enfermería de la escuela. En el evento que un adulto no pueda entregar el medicamento, se podrán hacer arreglos directamente con la escuela. Estos incluyen lo siguiente:

- Una llamada a la enfermería de la escuela para avisar que el medicamento será enviado.
- Una descripción del nombre del medicamento y cuanto medicamento se mandó.
- Un recipiente de la farmacia con etiqueta que indique el nombre del alumno, el nombre del medicamento, la dosis, el horario de administrar, y el nombre del médico. Debe mandar el recipiente con medicamento dentro de un sobre sellado.

Si no se sigue el procedimiento, puede que el medicamento se detenga en la oficina hasta que los padres puedan identificar el medicamento y verificar la cantidad. Con cualquier cambio de medicamento o dosis, se debe completar una forma nueva, al igual que al comienzo de cada año escolar. Si al final del año escolar sobra medicamento, solo se le entregará a los padres del estudiante, y en la enfermería. Por lo contrario, la enfermería tendrá que deshacerse del recipiente con el contenido. La norma del distrito alienta que los medicamentos se den en casa cuando lo sea posible.

### **LO SIGUIENTE DEBE SER COMPLETADO POR EL MÉDICO:**

#### PHYSICIAN'S SIGNED ORDER FOR MEDICATION ADMINISTERED AT SCHOOL

Child's Name: \_\_\_\_\_ Medication: \_\_\_\_\_

Route of Administration: \_\_\_\_\_ Dosage: \_\_\_\_\_

Time: \_\_\_\_\_ From: \_\_\_\_\_ (date) To: \_\_\_\_\_ (date)

Purpose of Medication: \_\_\_\_\_

Possible Side Effects: \_\_\_\_\_

Physician's Name: \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_

Physician's Signature: \_\_\_\_\_ Fax Number: \_\_\_\_\_

**Yo autorizo que se administre el medicamento a mi hijo(a) como anteriormente indicado por el médico. Al igual, doy autorización a la enfermera de comunicarse con el médico respecto a esté medicamento.**

**Firma del Padre:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_