



# ESCUELAS PUBLICAS SIBLEY EAST

SERVICIOS DE SALUD

202 3rd Ave. N.W.

PO Box 1000 | Arlington, MN 55307

(High School)P: 507.964.2292 | F: 507.964.8245

(Elem)P: 507.237.3317 | F: 507.237.3300

## **FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS RECETADOS DURANTE EL DIA ESCOLAR**

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Maestro \_\_\_\_\_ Año Escolar \_\_\_\_\_

### **ORDEN DE MEDICO/PROVEEDOR LICENCIADO**

MEDICAMENTO \_\_\_\_\_ DOSIS \_\_\_\_\_ RUTA \_\_\_\_\_

Hora/Instrucciones que deben darse en la escuela \_\_\_\_\_

Posibles efectos secundarios \_\_\_\_\_

Diagnostico/razon medica para la medicacion \_\_\_\_\_ codigo ICD 10 \_\_\_\_\_

**\*\*Inhaladores/autoinyectores de Epinefrina par los de grado 7 y mayores\*\***

El estudiante ha recibido instrucción y permiso para auto-llevar y auto-gestionar de forma independiente.

SI NO Si inhalador: \_\_\_\_\_ con espaciador \_\_\_\_\_ sin espaciador

FIRMA DEL PROVEEDOR AUTORIZADO \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ TELFONO # \_\_\_\_\_

CLINICA \_\_\_\_\_ FAX # \_\_\_\_\_

### **AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES/TUTORES**

1. Solicito que el medicamento mencionado anteriormente se administre a mi estudiante durante el dia escolar por personal designado, delegado, capacitado y supervisado por la enfermera escolar autorizada y ordenado por el proveedor autorizado.
2. Certifico que tengo autoridad legal para consentir el tratamiento medico del estudiante mencionado anteriormente, incluida la administración de medicamentos recetados en la escuela.
3. Proporcionare este medicamento en el envase original debidamente etiquetado.
4. Notificare a las escuelas si hay cambios en los medicamentos y se requerirá una nueva orden de medicamentos firmada. Cada orden de medicamentos firmada solo es valida para el ano escolar actual.
5. Libero al personal escolar de cualquier responsabilidad en caso de que se produzca alguna reacción por la administración de este medicamento.
6. Autorizo a la enfermera escolar autorizada/persona designada a intercambiar información con el proveedor de atención dmedicina de mi estudiante sobre cualquier pregunta que surja con respecto a la condición del medicamento mencionado, el plan de emergencia o los efectos secundarios.

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

HEALTH OFFICE STAFF RECEIVING MEDICATION \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

DISTRICT NURSE SIGNATURE \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_