



## FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTO ESCOLAR

**North Metro  
Flex Academy**

1. Uno medicamento por formulario: Requerido para todos los medicamentos (recetado y sin receta)
2. El formulario se debe completar cada año escolar (y con los cambios)
3. La medicación debe enviarse en el envase original/ con una etiqueta impresa de la farmacia (si se trata de una receta) que coincida con la siguiente información
4. La medicación debe ser transportada a/ desde la escuela por un adulto y encerrada en la Oficina de Salud (a menos que se haga un plan alternativo con la enfermera de la escuela)

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

Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_ Concentración: \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_ Vía: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_

Indicación o instrucciones para "según sea necesario" medicamento: \_\_\_\_\_

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

### PORCIÓN DE PADRES / GUARDIANES

*Solicito que este medicamento se administre según lo prescrito (arriba), incluso en excursiones. Liberó al personal de la escuela de cualquier responsabilidad en la administración de este medicamento y entiendo que soy responsable de la comunicación con el proveedor de atención médica que está ordenando este medicamento. Entiendo que este medicamento no será administrado por una enfermera escolar. Entiendo que esta autorización será efectiva y debe renovarse cada año escolar. Estoy de acuerdo en proporcionar medicamentos en el envase original sin abrir (para medicamentos de venta libre) / con una etiqueta impresa de la farmacia (medicamentos recetados) y recoger el medicamento al final del año escolar (o se descarta). Proporcionaré todos los dispositivos necesarios para administrar este medicamento si es necesario. La información se puede intercambiar con el personal que trabaja con mi hijo, los proveedores médicos y el personal de emergencia, si es necesario, para garantizar la seguridad del estudiante.*

Para medicamentos de emergencia: El estudiante es capaz, ha sido instruido sobre el uso correcto de este medicamento y puede auto-transportar / auto-administrarse este medicamento (círculo):       Sí       No

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre del padre/tutor: \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### PRESCRIBER PORTION (PORCIÓN DEL PRESCRIPTOR)

*I certify that this student may receive the medication as indicated above. \*In lieu of the prescriber's signature on this form: signed Action/Emergency Plans or alternate written orders are accepted.*

For Emergency Medication- The student has been instructed in the proper use and may self-carry / self-administer this medication (circle):      Yes      No

Prescriber Name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Prescriber Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_