University of Texas Elementary School
2200 East Sixth Street • Austin, TX 78702
512.495.3300, ext. 305 ● Fax: 512.495.9631

AUTORIZACION DE PADRE/TUTOR PARA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

Estudiante: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Grado:**____ **Maestro/a:** _____

UNICAMENTE AQUELLOS MEDICAMENTOS NECESARIOS DURANTE EL HORARIO ESCOLAR PARA ASISTIR AL ESTUDIANTE O INDICADOS POR UN PROVEEDOR DE SALUD DEBERAN SER ENVIADOS A LA ESCUELA.

- Padre/tutor deberá dar permiso escrito para que se administren medicamentos en la escuela.
- Los medicamentos deberán estar en el frasco original y propiamente etiquetados (nombre de medicina con dosis, indicaciones, potencia; si es recetada, nombre de doctor y fecha actual).
- Para medicamento recetado, la etiqueta RX debe de tener el nombre y apellido del estudiante.
- Dosis de medicamentos sin receta deberá estar de acuerdo con las recomendaciones del fabricante o se necesitara una orden del doctor.
- La primera dosis del medicamento para cierta condición o enfermedad no se deberá dar en la escuela.
- El alumno no debe de traer o administrar su propio inhalador para Asma, a menos que esté aprobado por nuestra Enfermera Escolar.

Nombre de medicamento y potencia: _____

Dosis:_____ **Hora/s** de administración en la escuela:_____

Manera de administración: boca, ojo, piel, etc.) _____

Razón medica para dar este medicamento: _____

La medicina se empezara a administrar en esta fecha: _____ La medicina se terminara de administrar en esta fecha:_____

Cuando se administra por primera vez este medicamento para esta enfermedad? Fecha: _____
Hora:_____

1. Les pido que el medicamento arriba mencionado se administre de acuerdo a las órdenes del doctor del estudiante durante horas escolares. También pido que el medicamento se le administre en viajes educativos de acuerdo a la receta y con notificación anticipada de mi parte.
2. Libero de cualquier responsabilidad al personal de la escuela en caso de alguna reacción negativa como resultado de este medicamento.
3. Notificare a la escuela de cualquier cambio en medicamento (dosis, hora, etc.)
4. Doy permiso para que la enfermera escolar le comunique a la maestra del estudiante acerca de su condición/es de salud y los resultados del medicamento/s.
5. Doy permiso para que la enfermera escolar consulte con el doctor del estudiante de cualquier duda acerca del medicamento/s o condición medica tratada con la medicina.
6. Doy permiso para que el medicamento se administre por personal escolar entrenado por orden del Director/a.
7. Entregare y recogeré el medicamento al principio y al final del año escolar. Los estudiantes no deberán llevar el medicamento a la escuela ni regresarlo.

X_____ **X**_____

Padre/tutor nombre (**letra molde)** Teléfono hogar Tel. celular

X _____ **X** _____ **X** _____

Firma del Padre/tutor Fecha Relación con alumno

Revisada por RN: _____

Nombre (**molde)** Firma Fecha