

KILDEER COUNTRYSIDE COMMUNITY CONSOLIDATED SCHOOL DISTRICT 96
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN HORARIO ESCOLAR

Orden del médico

Nombre del alumno _____ **Grado/Maestro(a)** _____

Medicamento _____ **Dosis/Vía de administración** _____

Hora de administración _____ **Fecha de inicio** _____ **Fecha de finalización** _____

Motivo del medicamento _____ **Posibles efectos secundarios** _____

Nombre del médico (en letra de imprenta)

N.º de teléfono

Firma del médico

Fecha

A COMPLETAR POR EL PADRE, MADRE O TUTOR DEL ALUMNO

Yo, _____, padre, madre o tutor de _____, soy el principal responsable de administrar el medicamento a mi hijo. Sin embargo, en caso de emergencia médica o en caso de ser necesario para mantener la salud óptima y el bienestar de mi hijo, autorizo a *Kildeer Countryside Community Consolidated School District 96* y a sus empleados y apoderados a administrarle a mi hijo, en mi nombre y representación, o a permitir que mi hijo : autoadministre, bajo la supervisión de los empleados y apoderados del Distrito 96, el medicamento debidamente recetado de la forma que se indica a continuación. Reconozco que podría ser necesario que la administración del medicamento a mi hijo y el tratamiento de su afección lo realice una persona distinta a los miembros del personal de enfermería de la escuela, por lo que autorizo específicamente que así sea. Notificaré a la escuela por escrito en caso de discontinuar el medicamento y obtendré una orden escrita del médico en caso de modificación de la dosis del medicamento o del tratamiento. **Comprendo que la presente autorización para la administración de medicamento tendrá validez únicamente durante el año lectivo _____ y deberá renovarse todos los años lectivos subsiguientes.**

Asimismo, reconozco y acepto que, en el caso de administrarse el medicamento debidamente recetado de la forma que se indica, renuncio a todo reclamo que pueda tener contra *Kildeer Countryside Community Consolidated School District 96*, sus empleados y sus apoderados, que surja de la administración o autoadministración del medicamento independientemente de si la autorización para la autoadministración del medicamento la he realizado yo, en calidad de padre, madre o tutor del menor, o el médico de mi hijo, el asistente del médico o algún miembro del personal de enfermería calificado para hacerlo. También acepto indemnizar y liberar de responsabilidad *Kildeer Countryside Community Consolidated School District 96*, sus empleados y apoderados, ya sea en forma individual o conjunta, contra todo reclamo, daño, pretensión o lesión, incluidos los honorarios razonables del abogado y el costo de la defensa brindada en el caso, en los que se haya incurrido o que surjan de la administración o autoadministración del medicamento, a excepción de los reclamos que se basen en la conducta intencional o sin sentido, independientemente de si la autorización para la autoadministración del medicamento la he realizado yo, en calidad de padre, madre o tutor del menor, o el médico de mi hijo, el asistente del médico o algún miembro del personal de enfermería calificado para hacerlo.

Firma del padre, madre o tutor: _____ Fecha: _____

Procedimientos y lineamientos

- 1) Ningún miembro del personal escolar deberá administrar medicamentos recetados o de venta libre a ningún alumno, ni los alumnos podrán tener en su poder o consumir ninguno de estos medicamentos, a menos que el hecho ocurra con posterioridad a la presentación de la Autorización para la administración de medicamentos. Esta autorización deberá incluir: la receta escrita del médico autorizado con el nombre del niño, el nombre y la dosis del medicamento y la fecha de la orden, las instrucciones y la vía de administración, la hora o los intervalos de administración, la duración de la receta, los efectos deseados y los posibles efectos secundarios y el permiso escrito del padre o madre.
- 2) Envases adecuados: los medicamentos y las recetas repetidas deben estar en envases que contengan la etiqueta con los datos de la receta que coloque una farmacia o un médico autorizado y que muestre el número de receta, el nombre del alumno, el medicamento, la dosis, las instrucciones para la administración, la fecha y el cronograma de repetición de receta, la etiqueta de la farmacia y el nombre o las iniciales del farmacéutico o la etiqueta del fabricante, en caso de tratarse de medicamentos de venta libre.
- 3) El medicamento lo administrará el personal de enfermería calificado de la escuela, el personal de enfermería matriculado de la escuela, los administradores de la escuela o sus representantes y apoderados. El personal de enfermería o la administración de la escuela se reservan el derecho a rechazar solicitudes para la administración de medicamentos.
- 4) Los medicamentos, a excepción de la epinefrina, se conservarán en un gabinete cerrado con llave. Los medicamentos que requieran refrigeración se conservarán en un área segura. Se registrarán todas las dosis en el registro de salud del alumno. En caso de saltarse una dosis, se anotará el motivo en el registro. Si fuere necesario, se notificará a los padres. Para brindar asistencia en la supervisión segura de los efectos secundarios o efectos deseados del tratamiento con medicamentos, podría informarse al cuerpo docente y al personal acerca del plan de medicamentos.
- 5) Para agilizar la presentación de la documentación necesaria, las órdenes del médico, las modificaciones de las órdenes y los permisos de los padres pueden enviarse por fax a la escuela de su hijo. Es responsabilidad de los padres asegurarse de presentar todas las órdenes del médico y los permisos, y las repeticiones de recetas cuando sea necesario, e informar al personal de enfermería de la escuela acerca de cambios importantes en la salud del alumno.
- 6) Los medicamentos remanentes al final del año se destruirán a menos que los padres pasen a retirarlos.
- 7) Para la seguridad de todos, los padres u otro adulto responsable deben ser quienes acerquen los medicamentos a la escuela.

SOLAMENTE PARA LA AUTOADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA LA DIABETES O EPINEFRINA

A COMPLETAR POR EL **MÉDICO AUTORIZADO** DEL ALUMNO y a co-firmar por el padre, madre o tutor del alumno

Nombre del alumno _____ Grado/Maestro(a) _____

Diagnóstico _____ Nombre del medicamento _____

Dosis: _____ Vía de administración _____

Hora/Circunstancias en las que debe administrarse el medicamento _____

Posibles efectos secundarios _____

Fecha de la receta _____ Fecha de discontinuación _____

Autoadministración de epinefrina: el alumno que se menciona anteriormente presenta una alergia con riesgo de vida que incurre en una necesidad médica de administrarse inmediatamente una dosis de epinefrina seguida de atención médica de emergencia. He determinado que resulta clínicamente necesario que este menor lleve consigo un autoinyector de epinefrina. El alumno ha recibido instrucciones para la autoadministración del medicamento que se menciona anteriormente y es capaz de administrarlo de forma independiente. El alumno comprende la necesidad de administrarse el medicamento y de notificar a un miembro del personal y a la oficina de salud de forma inmediata luego de la autoadministración del autoinyector de epinefrina.

Autoadministración de medicamentos para la diabetes: al alumno que se menciona anteriormente se le ha diagnosticado diabetes. He determinado que resulta clínicamente necesario que este menor lleve consigo su medicamento para la diabetes y el equipo y los suministros necesarios para supervisar y tratar su diabetes conforme a su Plan de tratamiento de la diabetes. El alumno ha recibido instrucciones para la autoadministración del medicamento que se menciona anteriormente y para utilizar sus suministros para el tratamiento de la diabetes y es capaz de hacerlo de forma independiente. El alumno comprende la necesidad de administrarse el medicamento y de informar al personal escolar ante todo efecto secundario inusual que experimente.

Nombre del médico (en letra de imprenta) N.º de teléfono

Firma del médico

Fecha

Firma del padre, madre o tutor

Fecha

PERMISO EXCLUSIVO PARA LA AUTOADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA EL ASMA

A COMPLETAR POR EL PADRE, MADRE O TUTOR DEL ALUMNO

Nombre del alumno _____ Grado/Maestro(a) _____

Nombre del medicamento _____ Dosis _____

Hora/Circunstancias en las que debe administrarse el medicamento _____

Posibles efectos secundarios _____

Fecha de la receta _____ Fecha de discontinuación _____

Autoadministración de medicamentos para el asma: a mi hijo se le ha diagnosticado asma y un profesional de la salud calificado le ha recetado un medicamento para su enfermedad. Por medio de la presente, autorizo a mi hijo a llevar consigo su medicamento para el asma y a autoadministrárselo conforme a lo indicado por su médico. El médico le ha brindado instrucciones a mi hijo acerca de la autoadministración de su medicamento y ha indicado que es capaz de hacerlo de forma independiente. Mi hijo comprende la necesidad de administrarse el medicamento y de informar al personal escolar ante todo efecto secundario inusual que experimente. Cuando sea posible, le brindaré a la escuela un suministro adicional del medicamento que incluya una etiqueta con las instrucciones de la receta para utilizar en caso de que mi hijo se olvide de llevar consigo el medicamento a la escuela en un día en particular.

Firma del padre, madre o tutor: _____ Fecha: _____