

KLEIN INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT
FORMULARIO DE AUTORIZACION O PERMISO PARA SUMINISTRAR MEDICINAS

ESTUDIANTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

En un esfuerzo de promover la buena salud de los estudiantes y mantener un buen rendimiento escolar, es necesario que se suministre medicinas durante horas escolares.

Solicitud del Médico para suministrar medicina(s) durante horas escolares:

NOMBRE DE LA MEDICINA	DOSIS DIARIA	DOSIS EN LA ESCUELA	HORA DE TOMARLA

1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____

Comentarios: (Razón para tomar la medicina, efectos secundarios posibles, etc.)

*No se suministran o ponen inyecciones excepto aquellas que son necesarias en una situación de emergencia o aquellas que son necesarias para que el estudiante pueda permanecer en la escuela (i.e. insulina, epinefrina).

Firma del Médico: _____ Fecha: _____

Teléfono: _____

El personal de Klein no está permitido a suministrar o dar ninguna clase de medicinas, incluyendo aspirina, preparaciones similares, o cualquier otra droga, a no ser que el padre solicite por escrito que existe la necesidad de esa medicina. Las medicinas sin receta médica que son necesarias por más de dos semanas también deben tener la solicitud escrita de un médico. Cuando se suministran o dan medicinas recetadas, el distrito escolar prefiere tener una declaración escrita de un médico o dentista licenciado para practicar en los Estados Unidos. Sin embargo, la información escrita en la etiqueta del recipiente con la medicina, si es precisa y clara para la enfermera de la escuela, puede substituir la declaración anterior. La medicina debe ser surtida por un farmacéutico licenciado para practicar en los Estados Unidos. Todas las medicinas deben estar en su recipiente original y son guardadas en un gabinete cerrado con llave en la oficina de la enfermera o de la persona designada por el director y son suministradas por el personal de la enfermería o un empleado de la escuela. Si las circunstancias son dudosas, el empleado de la escuela tiene el derecho de negar la solicitud del padre. Los empleados de la escuela no pueden dar vitaminas, alimentos especiales para la salud (health foods) o preparaciones de hierbas. No se suministrará ninguna medicina recetada o sin receta de países extranjeros.

PERMISO O AUTORIZACION DEL PADRE/GUARDIAN

Con la presente, yo autorizo al personal de la escuela a suministrar o dar medicina sin receta médica a mi hijo(a) durante horas escolares o medicina recetada de acuerdo a las instrucciones del médico. Yo comprendo que toda medicina sin receta médica que se le va a dar a mi hijo(a) por más de dos semanas necesita la autorización de un médico. También, yo tengo conocimiento que no se cambiará la dosis de la medicina sin una orden del médico que recetó la medicina.

Yo (doy / no doy) mi autorización al personal de la escuela, con mi solicitud verbal, para suministrar o dar dosis de medicina en adición a las dosis especificadas en este formulario, si es necesario que mi hijo(a) reciba la dosis diaria recetada por su médico y especificada en este formulario. Si hago tal solicitud, me comprometo a proveer la medicina adicional a la escuela después para permitir que la escuela continúe dando la dosis ordenada para suministrarse en la escuela.

FIRMA DEL PADRE/GUARDIAN: _____ FECHA: _____

NUMERO DE TELEFONO: _____