

Servicios médicos escolares del condado de Fayette
AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

Traiga o envíe esta autorización a la escuela o envíela por favor por FAX al 770-719-2639.

Nombre del alumno(a): _____ Fecha de nacimiento: _____
Escuela: _____ Grado: _____ Maestro/a: _____
Enumere cualquier alergia o reacción a medicamentos: _____

AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES O TUTORES
(Se requiere para TODOS los medicamentos)

Se debe rellenar este formulario si los medicamentos se deben administrar durante el horario escolar. Los padres/tutores deben proporcionar a la escuela el medicamento con o sin receta médica o la medicación homeopática o de suplemento en el envase original con fecha de vencimiento válida y se administrará de acuerdo con las instrucciones del envase o con lo que dicte el médico a continuación. Los padres/tutores tienen la responsabilidad de notificar a la escuela sobre los cambios en la medicación y rellenar una nueva autorización.

Nombre del medicamento: _____ diario según se necesite

Dosis: _____ Frecuencia/horario para la administración: _____ Fecha de vencimiento del medicamento _____

Medicación para: este año escolar 20__ - 20__ solamente la fecha a continuación: _____

Nombre del médico: _____ Número de teléfono: _____

Yo, el padre/tutor del alumno(a) en cuestión, autorizo al médico que ha atendido a mi hijo(a) a proveer al Coordinador de los servicios de salud escolar y al personal de la clínica de la escuela cualquier información o copias de archivos que sean pertinentes con el asma de mi hijo(a). Entiendo que desde el 14 de abril de 2003, bajo las provisiones del Acta de responsabilidad y portabilidad del seguro médico (HIPAA, por sus siglas en inglés) existen límites para poder compartir información médica. No obstante, autorizo expresamente que compartan la información médica para ayudar con las necesidades médicas de mi hijo(a) mientras esté inscrito en el sistema escolar del condado de Fayette. Esta autorización se vence el último día del año escolar.

► **Firma del padre/tutor** ◀ _____ **Fecha** _____ **Teléfono de casa** _____ **Teléfono del trabajo** _____

AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO

(SOLAMENTE se requiere para los medicamentos homeopáticos, suplementos o que necesitan receta)

Nombre del medicamento: _____

Dosificación: _____ Ruta: _____ Frecuencia/horario para la administración: _____

Empezar con el medicamento el: _____ Terminar con el medicamento el: _____

Condición/enfermedad que requiere el uso del medicamento: _____

Efectos secundarios comunes del medicamento: _____

El alumno puede llevar y administrarse a sí mismo el medicamento debido a una condición que pone en peligro su vida: Sí No

Instrucciones especiales: _____

► **Firma del médico** ◀ _____ **Fecha:** _____

Imprimir Nombre del médico: _____ **Número de teléfono:** _____