

**Distrito Escolar Independiente de McKinney
Servicios Escolares de la Salud**

valido para el año escolar _____

Formulario para la Administración de Medicamentos prescritos

**SOLICITUD DE LOS PADRES PARA LA ADMINISTRACIÓN A UN ESTUDIANTE
DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS**

Todos los medicamentos prescritos TIENEN que estar en su envase original con la etiqueta de la prescripción de la farmacia. La clínica solamente aceptará el medicamento necesario para ser administrado **durante un mes**. El medicamento tiene que ser entregado en la clínica cada vez en su envase original con la etiqueta de la prescripción de la farmacia. Todos los medicamentos administrados durante 10 o más días **REQUERIRÁN** la firma de un médico.
NOTA: No es posible para nosotros almacenar ningún medicamento durante el receso del verano. Por consiguiente, se dispondrá de todo medicamento abandonado en la clínica después del último día de clases.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de la solicitud: _____

Domicilio: _____ Fecha de nacimiento: _____

Escuela: _____ # de Tel. del hogar: _____

Maestra/o: _____ Grado: _____

Nombre del medicamento: _____ a expiro en _____

Condición médica para la cual se administra el medicamento: _____

Cantidad o dosis a ser administrada: _____ Fecha de comienzo: _____

Instrucciones especiales: _____

Fecha en que se discontinuará el medicamento: _____

Yo comprendo que no es posible administrar el medicamento arriba indicado fuera del horario regular de clases. Yo solicito que este medicamento sea administrado por un/a funcionario/a escolar. Yo comprendo que ni el Distrito Escolar, la Mesa Directiva, ni los empleados del Distrito Escolar asumirán la responsabilidad por daños o lesiones que resulten a causa de la administración de este medicamento.

Yo comprendo que si en algún momento un adulto que esté supervisando a mi hijo/a crea que la vida de él/ella está en peligro los Servicios de Emergencia Médica (911) serán activados, y yo estoy de acuerdo que mi seguro médico o yo asumiremos la responsabilidad por todos los gastos que se incurran como resultado.

Yo otorgo mi consentimiento a la divulgación de la información médica contenida en este formulario a los funcionarios escolares que tienen un interés educativo legítimo en dicha información, conforme a la Política de la Mesa Directiva y al Acta de Derechos Educativos y de Privacidad para las Familias. Yo otorgo mi autorización para la divulgación a terceras partes de la información confidencial concerniente a los problemas específicos de la salud de mi niño/a, otros que no sean funcionarios escolares, según sea requerido para facilitar el cuidado médico y/o tratamiento de mi niño/a. Yo autorizo a la enfermera y al doctor a que hablen o clarifiquen esta orden médica, y también que hablen sobre la respuesta del estudiante al medicamento prescripto según sea necesario por ley (Nurse Practice and Medical Practice Acts of Texas).

Firma del padre o tutor legal

Número de teléfono durante las horas laborables

Favor de solicitarle al médico o dentista que llene esta parte si el medicamento tiene que ser administrado por un periodo mayor de **10 días**. Declaración del médico o dentista: Es necesario que el medicamento arriba indicado sea administrado según prescrito hasta _____.

Nombre del médico en letra de molde

Número de teléfono

Firma del médico