



SPANISH

AUTORIZACION PARA MEDICAMENTOS TOMADOS EN LA ESCUELA

La siguiente seccion debe ser llenada por el PADRE/TUTOR:

(por favor imprima)

Escuela _____	Grado _____	Fecha de Nacimiento _____
Nombre del Estudiante (Apellido) _____	(Nombre) _____	Sexo _____
(Nombre del Proveedor de Salud) _____	(Direccion) _____	(Telefono) _____

Por favor cheque solamente un cuadro:

Pido que personas autorizadas en la escuela ayuden a mi hijo(a) al tomar la(s) medicina(s) descritas abajo

Tambien doy mi permiso para intercambiar informacion entre el personal del distrito escolar y el proveedor de servicios de salud.

Pido que le sea permitido a mi hijo(a) administrarse a si mismo(a) los medicamentos. Tambien doy mi permiso para el intercambio de informacion entre el personal del distrito escolar y los proveedores de salud. *El Acuerdo de Exclusion a la politica del distrito y procedimientos (al reverso de esta forma) debe ser firmado por los padres o guardianes y el proveedor de salud.*

Estoy firmando esta forma en mi propio beneficio (RCW 26.28.015 or RCW 70.02.130). Tambien doy mi permiso para el intercambio de informacion entre el personal del distrito escolar y el medico.

(Fecha) _____	(Firma del Padre/Tutor/Firma Estudiante) _____	(Telefono casa) _____	(Telefono Emergencia) _____
---------------	------------------------------------------------	-----------------------	-----------------------------

He determinado que el medicamento es recomendado durante el dia escolar.

La siguiente seccion debe ser llenada por el MEDICO:

(por favor imprima)

SPANISH

Diagnostico para el medicamento dado:

Nombre de la medicina: _____

Dosis: _____

Tableta/Capsula Liquido Innalador Inyeccion Nebulizador Otro

Si la medicina se dara DIARIAMENTE, a que hora? _____

Si la medicina sera dada CUANDO SE NECESITE, describa indicaciones: _____

Con que frecuencia debe repetirse? _____

Tiene autorizacion el niño(a) para automedicinarse? si no *En caso afirmativo debe firmar el acuerdo de exclusion al reverso de esta forma.*

Duracion del tiempo que este tratamiento es recomendado: _____

instrucciones detalladas (abajo) – requeridas para 16 dias escolares o mas.

Posibles efectos secundarios: _____

Procedimiento de Emergencia en caso de serios efectos secundarios: _____

Fecha: _____ Firma del Medico: _____

Adapacion de la Academia Americana de Pediatria, HEO150

22:159 (SNM revisado 12/11/02)

SPANISH

ACUERDO DE EXCEPTION

Los padres/tutores deben considerar no peligrosos e indemnificar a los oficiales empleados, y agentes de la escuela y del Distrito Escolar de Seattle contra cualquier reclamo, juicios, o responsabilidades originandose de la automedicacion y la transportacion de medicamentos por parte de su niño(a).

(Padre/Tutor) (Fecha) (Director de la Escuela) (Fecha)

(Padre/Tutor) (Fecha) (Enfermera Escolar) (Fecha)

(Medico) (Fecha)

Si es posible los alentamos a que las dosis de medicamentos sean programadas cuando no hay clases. Para aquellos estudiantes que necesitan medicamentos en la escuela se requiere lo siguiente por la Ley del Estado de Washington y **debe llenarse y archivarse antes que cualquier medicamento pueda ser administrado.**

TODOS LOS MEDICAMENTOS PARA SER ADMINISTRADOS EN LA ESCUELA REQUIEREN UNA FORMA DE PETICION POR PARTE DE UN PROFESIONAL DE SALUD.

PRODUCTOS/ MEDICAMENTOS SIN RECETA _____

- Forma de Autorizacion para Medicamentos para ser Tomados en la Escuela llenados por ambos padres Y un profesional de salud con licencia con autoridad para recetar. Debe estar en su envase original.

MEDICAMENTOS RECETADOS A CORTO PLAZO - 15 días escolares o menos

- Forma de Autorizacion para Medicamentos para ser Tomados en la Escuela llenados por ambos padres Y un profesional de salud con licencia con autoridad para recetar.
- Medicamentos deben estar en un envase adecuadamente etiquetado (vea lista) de la farmacia que lo surta.
 - Nombre del Estudiante
 - Nombre y Fuerza del Medicamento
 - Hora y Metodo de Administracion
 - Duracion de Tiempo/Dias para ser administrados

MEDICAMENTOS RECETADOS A LARGO PLAZO - 16 días escolares o mas

SPANISH

- Deben cumplir todos los requisitos para medicamentos a Corto Plazo MAS INSTRUCCIONES ADICIONALES DETALLADAS SON REQUERIDAS DE SU PROFESIONAL DE SALUD CON LICENCIA.

RECUERDE: SOLAMENTE MEDICAMENTOS ORALES PUEDEN SER DADOS POR PERSONAL ESCOLAR QUE NO SON ENFERMERAS(OS).

LAS UNICAS EXEPCIONES SON EPI-PENS.

Gracias por su cooperacion.

JL:jb:12/11/02:wp:medicine.017

22:160 (SNM revised 12/11/02)