



SCHOOL DISTRICT OF BELLEVILLE

Belleville, Wisconsin 53508 | 608.835.6120 | www.belleville.k12.wi.us

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____
Escuela: _____ Alergias: _____

Autorización de los padres/tutores:

Yo, el padre/tutor del estudiante mencionado anteriormente, he leído la política de medicamentos de la escuela y solicité que se administre a mi hijo en la escuela el medicamento que se indica. Acepto eximir de responsabilidad al Distrito Escolar de Belleville, sus funcionarios, empleados y agentes que actúan dentro del alcance de sus deberes en cualquiera y todos los reclamos que surjan de la administración de este medicamento en la escuela a mi hijo. Entiendo que una persona designada calificada administrará el medicamento y que soy responsable de mantener una cantidad suficiente en la escuela para evitar interrupciones con las órdenes del médico. Entiendo que soy responsable de traer el medicamento a la escuela en su envase original, actualizado y debidamente etiquetado y para recoger cualquier medicamento no utilizado antes del segundo día laboral después las clases concluyen para el año escolar (todos los medicamentos se desecharán después de este tiempo; no se enviarán medicamentos a casa con un estudiante). Entiendo que si mi hijo se niega a tomar un medicamento recetado, el personal de la escuela no ejercerá la fuerza para obligarlo a cumplir. Notificaré a la escuela inmediatamente si hay un cambio o cancelación del medicamento. El distrito escolar tiene mi permiso para comunicarse con el prescriptor con respecto a los medicamentos recetados.

Firma del Padre / Tutor: _____ Fecha: _____

PORCIÓN DEL MEDICAMENTO SIN RECETA: (NO se requiere la firma del médico)

Medicamento: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____ Motivo: _____

Medicamento: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____ Motivo: _____

Medicamento: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____ Motivo: _____

El estudiante puede llevar y autoadministrarse el medicamento

PRESCRIPCIÓN MÉDICASOLO PORCIÓN: (Para ser completado por un MD / PA /NPAP solamente)

Medicamento y dosis: _____ Cantidad: _____ Hora: _____

Ruta: _____ Motivo: _____ Efectos secundarios: _____

MANEJO DE MEDICAMENTOS DE EMERGENCIA (Inhaladores para el asma/Epi-Pens/Glucagón/BAQSIMI):

El estudiante _____ PUEDE _____ NO PUEDE llevar & autoadministrarse RESCUE INHALER prescrito

El estudiante _____ PUEDE _____ NO PUEDE llevar & autoadministrarse EPIPEN prescrito

El estudiante _____ PUEDE _____ NO PUEDE llevar & autoadministrarse GLUCAGON/BAQSIMI prescrito

Firma del proveedor médico: _____ Fecha: _____