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:**_____

==========

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 MÉDICA SOLO PORCIÓN: ***(Para ser completado por un MD / PA /NPAP solamente)***

Medicamento:_____ **Dosis:** _____**Hora:** _____

Ruta: _____ **Motivo:** _____ **Efectos secundarios:** _____

Medicamento:_____ **Dosis:** _____**Hora:** _____

Ruta: _____ **Motivo:** _____ **Efectos secundarios:** _____

Medicamento:_____ **Dosis:** _____**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

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.* 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**: _____

Firma del Proveedor Médico:_____**Fecha**: _____