



SYRACUSE CITY SCHOOL DISTRICT

Pamela J. Odom, Superintendent of Schools

Health Services

SOLICITUD PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMIENTOS DURANTE LA JORNADA ESCOLAR

Nombre del estudiante: _____ Escuela: _____

Domicilio: _____ Grado: _____

Estimado parente/madre o tutor:

Se debe hacer todo lo posible por administrar el medicamento en casa, ya que representa una interrupción en la jornada escolar del estudiante. Sin embargo si su medico considera que el medicamento es necesario durante la jornada escolar, le pedimos que presente este formulario completo antes de enviar el medicamento a la escuela.

Se debe completar un formulario nuevo por cada cambio de medicamento o dosis y renovarse cada año escolar. La ley Estatal permite la administración de medicamentos durante la jornada escolar solo con instrucciones escritas del medico y de los padres. En algunos casos, se puede necesitar la aprobación del medico de la escuela

Dr. Ted J. Triana, D.O., Director medico del SCSD

Para que lo complete el parente/madre/tutor

- Pido que a la enfermera escolar que administre el medicamento especificado a continuación al estudiante mencionado anteriormente.
- Una vez se determine que su hijo puede tomar sus propios medicamentos, el personal capacitado puede ayudar a su hijo con los medicamentos en las excursiones o en ausencia de un enfermero de la escuela.
- Suministraré al enfermero de la escuela con el medicamento en el envase original o duplicado etiquetado profesionalmente por el farmacéutico para este propósito.

Firma del parente/madre/tutor: _____ Fecha: _____

Relación del estudiante: _____ Teléfono: _____

Para que lo complete el proveedor de atención médica

Válido por 1 año o hasta que termine la escuela de verano

Diagnóstico: _____

Medicamento: _____

Dosis: _____ Vía: _____ Hora(s): _____

Posibles efectos secundarios: _____

Nota: El medicamento se administrará lo más cerca posible de la hora recetada, pero se podrá administrar hasta una hora antes o después de lo recetado. Avise si hay alguna preocupación sobre la hora específica con respecto a la administración del medicamento.

El personal capacitado puede ayudar a este estudiante con el medicamento en una excursión o en ausencia de un enfermero de la escuela.

Certificación de portación y uso independientes (Vea la parte de atrás. Este formulario se necesita para la portación y uso independientes)

Firma del proveedor: _____ Fecha: _____

Teléfono: _____ Sello del proveedor: _____

Devolverlo al enfermero de la escuela



SYRACUSE CITY SCHOOL DISTRICT

Pamela J. Odom, Superintendent of Schools

Health Services

PERMISOS NECESARIOS DEL PROVEEDOR Y DE LOS PADRES PARA EL TRANSPORTE Y USO INDEPENDIENTE DE MEDICAMENTOS

Inicaciones para el proveedor de atención médica:

este formulario se puede usar como apéndice a una orden de medicamento que no contenga el diagnóstico necesario y la certificación para que un estudiante porte y use independientemente su medicamento, según la ley del Estado de New York. Se necesita una **orden del proveedor** y el **permiso del parent/madre/tutor** para que un estudiante porte y use los medicamentos que necesitan una administración rápida para evitar resultados negativos para la salud. Estos medicamentos se deben identificar marcando las casillas correspondientes que están en la parte de abajo

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento.: _____

Permiso del proveedor de atención médica para el uso y portación independientes

Certifico que este estudiante me ha mostrado que puede autoadministrar los medicamentos mencionados en la parte de abajo de manera segura y eficaz, y que puede portar y usar este medicamento (con un dispositivo de administración si es necesario) de manera independiente en cualquier actividad escolar/patrocinada por la escuela sin supervisión del personal de esta. Esta orden aplica a los medicamentos marcados en la parte de abajo:

A este estudiante se le diagnosticó con:

- Alergia y necesita un autoinyector de epinefrina
- Asma o condición médica respiratoria y necesita medicamento de rescate respiratorio inhalado
- Diabetes y necesita insulina/glucagón/suministros para la diabetes
- Otra: _____ que necesita la administración rápida de _____
Diagnóstico _____ Medicamento _____

Firma: _____ Fecha: _____

Permiso del parent/madre/tutor para el uso y portación independientes

Acepto que mi hijo puede usar su medicamento de manera eficaz y que puede portar y usar este medicamento de manera independiente en cualquier actividad escolar/patrocinada por la escuela sin supervisión del personal de esta.

Firma: _____ Fecha: _____

Devolverlo al enfermero de la escuela:

Enfermero de la escuela: _____ Escuela: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____