

Autorización para administrar medicamentos

Barrow County School System

Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____ Alergias _____

Escuela _____ Año Escolar _____

Grado _____ Maestro(a) _____

1. Todos los medicamentos, o con receta o sin receta, deben de estar **en el recipiente original con etiqueta** (no se permiten ni *baggies* plásticos ni papel aluminio)
2. Está prohibido **anular o contradecir** las instrucciones escritas en la etiqueta de una medicina con o sin receta con una nota escrita por los padres.
3. Los padres o tutores legales deben de darnos instrucciones específicas tanto como el medicamento y cualquier aparato medico al director de la escuela o al personal de la clínica.
4. Los padres o tutores legales tienen la responsabilidad de informar al personal de la escuela de cualquier cambio. Si sucede que hay cambios en cuanto a la dosis recetada, uno tiene que tener otro recipiente con nueva etiqueta o una nota por escrito firmada por el médico.
5. Hay que llevar todos los medicamentos directa e inmediatamente a la oficina o a la clínica de la escuela.
6. Se bota toda la medicina no tomada o usada a menos de que uno se la recoge dentro de una semana después de dejar de tomarla.
7. La escuela va a contactar al médico que recetó la medicina o a la farmacia que la suministró según la necesidad de hacerlo.
8. Los padres o tutores legales tienen la responsabilidad de asegurarse de que toda la medicina del recipiente llegue a la escuela.
9. **Se administran las medicinas sin receta solamente por 5 días consecutivos y no por más de 7 días del calendario.**
Se requiere una orden del médico para todos los medicamentos sin receta que un estudiante va a tomar durante más de 5 días y para las dosis frecuentes según la discreción de la enfermera o del director de escuela.

Nombre de la Medicina _____ ¿ Con receta? SÍ NO

Dosis y hora de tomarla _____
(Importante: Si es diferente de la de la etiqueta la escuela no podrá administrarla)

La botella contiene cuántas tabletas _____ Dejar de tomar _____ Fecha de expiración _____

Razón por tomarla _____

Nombre del médico _____ Teléfono _____

Por la presente pido que el Sistema escolar del Condado de Barrow, a través del Director de Escuela u otro personal autorizado, supervise o ayude en la administración del medicamento o medicina ya listado(a) anteriormente, según las instrucciones de la información dada más arriba. Yo libero a la junta ejecutiva, la escuela, y a cualquier empleado del sistema escolar de cualquier responsabilidad del hecho de administrar este medicamento. Uno tiene que reafirmar este permiso anualmente en el caso de medicinas administradas continuamente durante cada año escolar.

Firma de los padres o tutores legales / Parent / Guardian Signature _____ Fecha / Date _____

Teléfono Celular de los padres y teléfono de casa / Parent / guardian home, work, cell and pager numbers _____

BCSN Form
2001-13a

Date _____ #Pills _____ Meds brought by _____	Date _____ #Pills _____ Meds Brought by _____
Date _____ #Pills _____ Meds brought by _____	Date _____ #Pills _____ Meds Brought by _____
Date _____ #Pills _____ Meds brought by _____	Date _____ #Pills _____ Meds Brought by _____
Date _____ #Pills _____ Meds brought by _____	Date _____ #Pills _____ Meds Brought by _____

Medication picked up by _____ Date _____