

Formulario de Autorización de Medicamentos

Nombre del Alumno: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Diagnóstico del Alumno: _____

Como parte del Capítulo del Estatuto de Wisconsin 118.29, se requiere que los distritos escolares tengan el permiso de un proveedor médico para administrar medicamentos en la escuela. Como parte del formulario de autorización, los empleados del distrito escolar pueden ponerse en contacto con el proveedor médico y padres con preguntas respecto a la administración de medicamento incluyendo aclaraciones respecto a la dosis, efectos secundarios, o indicaciones del medicamento(s) que aparecen en la lista de encima.

Se requiere la firma del Practicante de Medicina/Proveedor Médico SÓLO para medicamentos con receta

Medicamentos con Receta

Medicamento/Dosis	Ruta (Modo de Dar)	Frecuencia	Fecha de Inicio	Fecha de Parar	Consideraciones/Efectos Secundarios
1.					
2.					

SECCIÓN DE MEDICAMENTOS QUE CARGAN ELLOS MISMOS (SÓLO Auto-inyectores Epi, Insulina e Inhaladores)

¿El alumno es instruido en cómo auto-administrarse? SI/NO

¿El alumno puede demostrar la técnica apropiada? SI/NO

¿El alumno puede verbalizar cuando se puede auto-administrar? SI/NO

Nombre del Proveedor Médico: _____ Fecha: _____

Firma del Proveedor Médico: _____

Clínica _____ Número de Teléfono: _____

Firma de Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Medicamentos Sin Receta

Medicamento/Dosis	Ruta (Modo de Dar)	Frecuencia	Fecha de Inicio	Fecha de Parar	Consideraciones
1.					
2.					

Firma de Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Por favor pregúntele al farmacéutico por un frasco de medicina por separado para mantener en la escuela. Proporcione una etiqueta extra para un inhalador, Epi Pen, insulina, medicamentos de emergencia para convulsiones. ¡Gracias!