

EL DISTRITO INDEPENDIENTE ESCOLAR DE MANSFIELD  
SERVICIOS DE SALUD  
ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO POR PERSONAL DE LA ESCUELA

Nombre de escuela: \_\_\_\_\_

Año escolar: \_\_\_\_\_

**Reglamento para la de administración de medicamento**

La enfermera de la escuela u otro personal capacitado pero no registrado podrán administrar medicamento cuando el tratamiento es necesario para asistir a la escuela y si no se puede llevar a cabo de otra manera. Todos los medicamentos, que se administran tres veces por día o menos, deben administrarse fuera del horario escolar. Por ejemplo, medicamento que se administra tres veces por día se puede dar antes de escuela, después de escuela, y en la noche. Si es necesario administrar medicamento durante el horario escolar, las siguientes condiciones deben cumplirse:

**Medicación prescrita:**

- La primera dosis debe administrarse en el hogar en caso de reacción alérgica inesperada.
- El medicamento debe ser traído por los padres en el recipiente original, correctamente etiquetado por la farmacia. Los padres tendrán que proveer cualquier equipo especial para administrar medicamento.
- No se administrará medicamento sin solicitud específica por escrito firmado por el padre /guardián y el médico. Si la medicación prescrita se administra por 10 días o menos, no se necesita la firma del médico no es necesario siempre que se cumplan las demás condiciones.
- Los medicamentos se mantienen en la clínica, con la excepción de los inhaladores que el médico considere necesario que el estudiante lleve en su persona. En este caso, el médico debe firmar en el espacio apropiado abajo. Todavía se aplican las reglas relativas a los medicamentos administrados en la escuela. Si un estudiante está haciendo mal uso del inhalador, se revocará el privilegio. Un segundo inhalador debe mantenerse en la clínica.

**Las medicinas sin prescripción:** Las mismas reglas se aplican que a los medicamentos prescritos, a menos que se puedan administrar sólo con autorización de los padres. En ese caso, no se requiere la firma de un médico. El medicamento sólo puede darse según las indicaciones de la fabricación y debe ser aprobado por la FDA.

**Fin del año escolar:** Todos los medicamentos deben ser recogidos de la clínica para el último día de clases. Cualquier medicamento dejado en la clínica será eliminado por la enfermera el día siguiente.

---

**Información del estudiante**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Maestra/o \_\_\_\_\_

---

**Información de medicamento/médico**

Nombre de medicación \_\_\_\_\_ Fecha de inicio \_\_\_\_\_ Fecha de finalización \_\_\_\_\_

Dosis de medicación \_\_\_\_\_ Ruta \_\_\_\_\_ Tiempo o frecuencia dada en la escuela \_\_\_\_\_

Diagnóstico/la razón por la medicación \_\_\_\_\_

Nombre del médico (Imprimir el nombre) \_\_\_\_\_ Número de teléfono del médico \_\_\_\_\_

Firma del médico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

---

**AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO PARA QUE EL ESTUDIANTE PUEDA AUTO ADMINISTRAR O CARGAR UN EPI-PEN Y/O INHALADOR**

En mi opinión, es necesario que el estudiante nombrado en este formulario debe cargar y auto administrar su Epi-Pen y/o inhalador. El estudiante ha demostrado la capacidad de administrar los medicamentos correctamente y entiende dosis y frecuencia. Se debe presentar otro Epi-Pen/inhalador en la clínica para emergencias.

Epi-Pen

Inhalador

Firma de médico \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma del padre/guardián \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

---

**AUTORIZACIÓN DEL PADRE**

Solicito que el medicamento anterior sea administrado por personal de la escuela a mi hijo/a, \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PADRE \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante

FECHA \_\_\_\_\_

School Nurse: \_\_\_\_\_ Clinic Phone #: \_\_\_\_\_ Fax#: \_\_\_\_\_

Nurse Signature \_\_\_\_\_ Date received in clinic \_\_\_\_\_