



Escuelas Públicas de Cincinnati

Formulario sobre administración de medicinas

Solicitud de los padres/médicos para pedir a la escuela la administración de medicamentos

Escuela/School: _____ Grado/Grade: _____ Salón sede/Homeroom: _____ N° de fax de la escuela/School Fax Number: _____

Para que el personal escolar pueda administrar medicamentos a un alumno (incluyendo medicinas por receta, inhaladores, epinefrina, etc.), la Sección 5330 de la política de la Junta de Educación de Cincinnati requiere que los padres o tutores, o los alumnos elegibles, si tienen 18 años de edad o más, firmen un consentimiento. Para cumplir dicha política se necesita la siguiente información. **Responda todas las preguntas** y envíe el formulario al director o al enfermero de la escuela de su hijo.

Nombre del alumno: _____ Fecha de nacimiento: _____ Teléfono de la casa: _____
Student Name DOB Home Phone
 Dirección: _____ N° de apartamento: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Street Address Apt. # City State Zip

PARA SER COMPLETADO POR EL TRATANTE DEL ALUMNO (Médico/Enfermero/Practicante/Dentista)

Nombre del medicamento/Name of Medication: _____ Dosis/Dosage: _____
 Hora/Frecuencia-Time/Frequency: _____ Forma de administración/How Administered: _____ Fecha de inicio/Date to Begin: _____

Este permiso solamente es válido hasta el final del año escolar corriente, a menos que se indique otra cosa. EXCEPCIÓN: Para los medicamentos de urgencia para asma, anafilaxis, ataques o diabetes, este permiso puede ser válido por tres años. Para todo cambio de medicación se requerirá una orden del médico tratante. / Permission for this medication is only valid through the end of the current school year unless otherwise noted. EXCEPTION: For emergency medications for asthma, anaphylaxis, seizures or diabetes, this permission can be valid for 3 years. A provider order is required for any changes in this medication.

Fecha de vencimiento para medicamentos de urgencia/Date to Terminate Emergency Medication: _____ (3 años/3 years)

Favor incluir un plan para urgencias con los procedimientos a seguir si el medicamento no alivia la emergencia del alumno. / Please attach an emergency action plan with procedures to be followed if emergency medication does not alleviate student's emergency.

Solamente para la epinefrina/For Epinephrine orders only: _____ He determinado que este alumno puede poseer y usar el autoinyector/EpiPen apropiadamente y le he enseñado a utilizarlo correctamente. / I have determined that this student is capable of possessing and using this auto injector/epipen appropriately and have provided the student with training in the proper use of the auto-injector.

Reacciones graves que deben informarse al médico: / Severe reactions that should be reported to the physician: _____

Condiciones especiales para almacenar el medicamento/ Special conditions for storage of drug: _____

Firma del tratante/Provider's Signature: _____ Fecha/Date: _____

Nombre del tratante/Provider's Name: _____ Teléfono de emergencia/Emergency Phone #: _____

PARA SER COMPLETADO POR LOS PADRES O LOS ALUMNOS ELEGIBLES

La medicina debe ser en forma de pastillas o cápsulas, líquido, autoinyector o inhalador. Debe estar claramente rotulada por la farmacia. La etiqueta debe indicar nombre del alumno, nombre del medicamento, instrucciones sobre la dosis, médico tratante y número de prescripción. / The medicine must be in pill, capsule, liquid, auto-injector or inhaler form; and must be clearly marked from the pharmacist. The label must show the student's name, medication name, dosage directions, doctor, and prescription number.

Farmacia / Pharmacy: _____ Teléfono / Phone Number: _____

Como padre/tutor de este alumno (o como alumno elegible), autorizo al director o su representante a administrar el medicamento prescrito. Por el presente acepto no formular ni presentar ningún reclamo de negligencia sobre la administración o no administración de este medicamento y mantener a la escuela a salvo de toda responsabilidad incurrida como resultado de la administración o no administración de medicamentos. Informaré a la escuela si hay algún cambio en la información. / As the parent/guardian of this student (or eligible student), I give permission for the principal or designee to administer the prescribed medication. The undersigned agrees not to file or make any claim for negligence in connection with the administration or non-administration of this medicine(s) and further agrees to hold them harmless from any liability incurred as a result of the administration or non-administration of any medicines. I will inform the school if there is a change in any of this information.

Marcar el casillero siguiente, si corresponde / Please check the following if applicable:

Para alumnos que sufren asma / For Students with Asthma:

_____ Como padre/tutor de este alumno, o yo mismo, como alumno elegible, por el presente autorizo al alumno /a mí mismo a poseer y usar el inhalador para asma prescrito, en la escuela y en cualquier actividad, evento o programa organizado por la escuela o en el que participen los alumnos de la escuela. / As the parent/guardian of this student, or myself, an eligible student, I authorize the student (or myself) to possess and use an asthma inhaler as prescribed, at the school and any activity, event, or program sponsored by or in which the student's school participates.

Para alumnos que usen EpiPen/Twinject/autoinyector / For Students with EpiPen/Twinject/Auto Injector:

_____ Como padre/tutor de este alumno, o yo mismo, como alumno elegible, por el presente autorizo al alumno /a mí mismo a poseer y usar el autoinyector de epinefrina prescrito, en la escuela y en cualquier actividad, evento o programa en el que participen los alumnos de la escuela. Entiendo que un empleado de la escuela solicitará de inmediato ayuda a un centro de emergencia en caso de administrar esta medicina.

Entregaré a la escuela una dosis de respaldo de este medicamento como lo exige la ley. / As the parent/guardian of this student, or myself, an eligible student, I authorize the student to possess and use an Epinephrine Auto-Injector, as prescribed, at the school and any activity, event, or program in which the student's school participates. I understand that a school employee will immediately request assistance from an emergency medical service provider if this medication is administered. I will provide a backup dose of the medication to the school as required by law.

Nombre del padre/tutor/alumno elegible / (letras de molde): _____

Name of Parent/Guardian/Eligible Student (please print)

Firma del padre/tutor/alumno elegible: _____ Fecha: _____

Signature of Parent/Guardian/Eligible Student

Date

Teléfono primario para urgencias: _____ Teléfono secundario para urgencias: _____

Primary Emergency Phone

Secondary Emergency Phone