

MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

Empleados de la escuela pueden administrar medicamentos cuando sea absolutamente necesario. Los medicamentos pueden darse en la escuela si las instrucciones requieren dosis 4 veces al día (cada seis horas) o por pedido específico del médico del estudiante. Arreglos alternativos deben hacerse para otro medicamento. Las siguientes pautas deben llevarse a cabo cuando el medicamento se lleve a la oficina de la escuela.

A. Medicamento

1. Medicamento de receta/prescripción
 - a. Debe estar en el envase original para el niño en particular.
 - b. Debe ser etiquetados:
 1. Fecha y hora actual
 2. Nombre del niño
 3. Nombre del medicamento
 4. Instrucciones específicas
 5. Nombre del médico
2. Sin receta/prescripción
 - a. Debe estar en el envase original
 - b. Debe tener el nombre de el estudiante

B. Debe tener nota del doctor diciendo porque/por cuanto tiempo se toma el medicamento Permiso

1. Debe ser dada por escrito por el padre o tutor
 - a. Un permiso por escrito para administrar medicamentos en la escuela
 - b. El medicamento sin receta
 1. Debe tener la cantidad que debe darse
 2. La dosis debe estar de acuerdo con las recomendaciones del fabricante
 3. Debe tener tiempo para darse

Si la enfermera de la escuela debe cuestionar la administración de cualquier medicamento en particular como excesivos o potencialmente dañinos, entonces se contactará al padre/tutor legal.

MEDICAMENTOS NARCOTICOS O MEDICAMENTOS QUE CONTENGAN ESTUPEFACIENTES, NO SE ADMINISTRARAN EN LA ESCUELA PARA LA SEGURIDAD DE LOS NIÑOS. Ejemplo: medicamentos con codeína.

Doy mi permiso para que _____ (estudiante) para ser administrado
_____ (medicamento) por la escuela personal. Esto es para ser administrado
_____ (tiempo).

Firma del Padre o Tutor

Numero

e-mail

Todos los medicamentos se devuelven al final del año (elegir una opción)

_____ enviado a casa con el estudiante

_____ recogido por el padre/tutor

PARA USO DE LA ESCUELA:

Fecha de hoy: _____

RX #: _____ Nombre del medicamento: _____

Farmacia: _____ Doctor: _____

Fecha de RX: _____ Instrucciones: _____