

## Forma de Administración de Medicamentos

*Este formulario debe ser completado en su totalidad o los medicamentos no se administrarán en la escuela. Una autorización de un médico es requerida para todos los medicamentos administrados durante el día escolar, incluyendo medicación sin prescripción.*

M  
E  
D  
I  
C  
O

Medicación con y sin prescripción administrada durante horas escolares debe ser limitada a lo que es absolutamente necesario para que su hijo(a) atienda a la escuela.

Nombre de Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del Medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Ruta: \_\_\_\_\_

Frecuencia: • Programado • PRN Tiempo de ser administrada: \_\_\_\_\_

Indicaciones: \_\_\_\_\_

Efectos Secundarios: \_\_\_\_\_

Orden válida para: • El año escolar corriente, incluyendo el Año Escolar Extendido  
• Otro (Explicación): \_\_\_\_\_

Instrucciones de Administración: \_\_\_\_\_

### **Para Medicamentos de Asmas / Inyectores Automáticos de Epinefrina SOLAMENTE:**

¿Se autoriza el auto-transporte de medicamentos contra el asma? • Si • No

¿Está autorizada la autoadministración no supervisada de medicamentos para el asma? • Si • No

¿Se autoriza el auto inyección de epinefrina autoportante? • Si • No

¿Está autorizada la autoadministración de auto inyector de epinefrina sin supervisión? • Si • No

### **Autorización del Médico – Para TODOS los Medicamentos**

Firma del Médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de Correo del Médico: \_\_\_\_\_

P  
A  
D  
R  
E  
S

### **Por favor de asegurarse que los siguientes pasos han sido tomados:**

- Toda la medicación debe de estar en el recipiente original
- La mayoría de las farmacias provean una botella etiquetada para la escala al pedido.
- Para medicamentos de Asma, el padre/tutor debe de añadir la etiqueta de la prescripción a este formulario
- Etiqueta de prescripción debe contener:
  - El nombre de su hijo(a)
  - El nombre del medicamento
  - La dosis correcta, y
  - La fecha reciente

### **Para Medicamentos de Asmas / Inyectores Automáticos de Epinefrina SOLAMENTE:**(Iniciales todas que apliquen)

\_\_\_\_\_ Doy mi consentimiento para que mi estudiante se lleve consigo la medicación para el asma.

\_\_\_\_\_ Doy mi consentimiento para la administración de medicamentos para el asma por mi cuenta y por la ausencia de supervisión

\_\_\_\_\_ Doy mi consentimiento para que mi alumno lleve consigo un auto inyector de epinefrina.

\_\_\_\_\_ Doy mi consentimiento para que mi alumno lleve consigo y administre sin supervisión un auto inyector de epinefrina.

Preguntas? Llame al (630)864-3800. Por favor mande el formulario completado al numero de fax a (630)864-3820.

**RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO DE PADRE/TUTOR  
EN LA SIGUIENTE PÁGINA.**

Este formulario no está completado si el consentimiento del padre/tutor no es proveído. Sin el formulario no completado, medicamentos **NO** serán administrados.

**Reconocimiento y Consentimiento de los Padres / Tutores**

Por la presente reconozco que soy el principal responsable de administrar medicamentos a mi hijo(a). Sin embargo, en el caso de que no pueda hacerlo o en el caso de una emergencia médica, por la presente solicito y autorizo Giant Steps y sus empleados y agendas, en mi nombre, para administrar o intentar administrarle a mi hijo(a), o permitirle a mi hijo(a) auto administrarse si está autorizado, la medicación prescrita legalmente de acuerdo con las instrucciones provistas por el médico en este formulario de autorización. Entiendo que a mi hijo(a) se le puede administrar un auto inyector de epinefrina no designado cuando el personal de la escuela cree de buena fe que mi hijo(a) está teniendo una reacción anafiláctica, ya sea tal reacción conocida por mí o no. Además, reconozco que puede ser necesario para la administración de medicamento para mi hijo(a) a ser realizado por un individuo que no sea una enfermera de la escuela y específicamente consiento a tal práctica. Además, doy permiso para que el personal de la escuela se comunique con el médico de mi hijo(a) con respecto a la administración y efectos de la medicación ordenada. Notificaré a la escuela inmediatamente si hay algún cambio en el uso de la medicación o el tratamiento prescrito.

Renuncio a cualquier reclamo contra Giant Steps, sus empleados y sus agentes que surjan de la administración, y acepto mantener indemne e indemnizar a Giant Steps, sus empleados y sus agentes, ya sea en forma conjunta o por separado, desde y hacia todos y cada uno de los reclamos, demandas, daños, causas de acción o lesiones, costos y gastos, incluidos los honorarios de abogados, incurridos o resultantes de la administración negligente, intento de administración o autoadministración de medicamento(s). Con respecto a la administración de medicamentos para el asma o un auto inyector de epinefrina (ya sea designado o no designado) independientemente de si la autorización fue dada por mí o por el médico de mi hijo(a), esto la renuncia y la indemnización no son aplicables a los actos deliberados y arbitrarios en la medida requerida por la ley.

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_