

Si los padres/tutores piden que la enfermera le dé a su hijo cualquier medicación durante el día escolar, que sea un medicamento recetado o sin receta, tendrán que entregar a la enfermera lo siguiente:

1. Un consentimiento por escrito de parte de los padres que dé a la enfermera permiso de medicar a su hijo, **y**
2. Una orden, firmado por el doctor que recetó el medicamento, **y**
3. El medicamento en el frasco original.

Nota:

- Hay que entregar a la enfermera una nueva nota del doctor cada vez que hay un cambio de medicamento o dosis, **y** cada vez que empieza un nuevo año escolar.
- Pedimos que los padres entreguen los medicamentos directamente a la oficina de salud. Si es imposible que vengan, el/la alumno/a puede ser el/la que los entregue solamente después de que los padres han confirmado por teléfono la cantidad de medicación que mandaron con el/la alumno/a.
- Se puede mandar por fax el consentimiento y la nota del doctor. Asegúrese de proveer toda la información que se solicita a continuación. Fax: Lincoln Center 651-457-9423, High School 651-457-9455, Kaposia Education Center 651-457-9453.

Información del Alumno

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____
Escuela _____ Grado _____ Maestro/a _____

Orden del Doctor—Licensed Prescriber's Order For Administration of Medication

He recetado la siguiente medicación, y es necesario que la dosis esté dada por la enfermera de la escuela (o personal bajo su supervisión) durante el día escolar.

Medicamento/Dosis/Hora de Administración _____

Medicamento/Dosis/Hora de Administración _____

¿Por qué se recetó el medicamento? _____

Fecha de Finalización _____ Tomar con las comidas con el estómago vacío

ICD 10 CM Code: _____ Efectos Secundarios Significativos _____

El/la alumno/a guardará un inhalador en la Oficina de Salud.

El/la alumno/a usa un inhalador. Está informado sobre el uso seguro y apropiado y los efectos secundarios del inhalador. Tiene permiso de llevar consigo el inhalador durante el día escolar y usarlo según las instrucciones del doctor cuando sea necesario.

Firma del doctor _____ Fecha _____

Clínica _____ Teléfono _____ Fax _____

Consentimiento de los Padres

Solicito que el medicamento esté administrado según el orden del doctor. Le doy a la enfermera permiso de ponerse en contacto con el doctor para aclarar cualquier duda o pregunta a cerca del medicamento de mi hijo/a.

Firma del padre, madre o tutor _____ Fecha _____