



Wheeler Independent School District
 #1 Mustang Drive PO Box 1010
 Wheeler, TX 79096
 Lanette Hastey, Enfermera de la Escuela
 806-826-5934



Padre/tutor Autorización de Medicamentos en la Escuela

(Una forma completa para cada medicamento)

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: ____ - ____ - ____
 Número de Identificación del Estudiante: _____

Grado: _____ Maestra (o): _____

Sólo aquellos medicamentos que son médicamente necesarios durante el horario escolar para la asistencia de un estudiante o escritas en un IEP debe ser enviada a la escuela. Wheeler ISD requiere lo siguiente:

- Autorización escrita de padres/tutor para administrar medicinas en la escuela
- Medicamentos en su envase original, debidamente etiquetado (nombre de la medicina con la fuerza, la dosis y direcciones; nombre del médico que prescribe que tenga licencia en Tejas, y fecha actual)
- Que el medicamento tenga la etiqueta con el nombre y el apellido del estudiante
- Medicamentos sin receta pueden estar disponible en la oficina de la enfermera con autorización de los padres.
- La primera dosis de esta medicación por el mal/enfermedad actual **no puede administrarse en la escuela.**

Complete, por favor, lo siguiente:

Nombre y potencia de la medicina	Dosis	Hora(s) para darla en la escuela	Cómo se toma (por la boca, los ojos, los oídos, la nariz, por tubo, en la piel, etc.)	Razó/Padecimento medico por el que se da la medicación	Fecha de caducidad de medicamentos:	Comentarios adicionales

Fecha de inicio de medicamentos: _____ Fecha de finalización medicamentos: _____

(Nota: la primera dosis de medicamentos no puede darse en la escuela)

¿El estudiante nunca recibido este medicamento antes?: _____ Si _____ No

En caso afirmativo, fecha y hora de última dosis dado _____

1. Pido que la medicina citada se dé durante horas de escuela, como lo ordenó el doctor de este estudiante. Pido además que la medicina se dé en viajes de estudio, como está prescrita, con la notificación adecuada que yo dé.
2. Libero al personal escolar de responsabilidad en caso de reacciones adversas resultantes de la medicación.
3. Daré aviso a la escuela de cualquier cambio en la medicación, (cambio de dosis, de horas, etc.).
4. Doy permiso para que la enfermera escolar se comunique con los maestros del estudiante sobre la condición(es) de salud del estudiante y la(s) acción(es) de la medicación.
5. Doy permiso para que la enfermera escolar consulte al doctor del estudiante con respecto a cualquier duda que pueda surgir sobre la medicación citada o la condición médica tratada por la medicación.
6. Doy permiso para que administre la medicina el personal escolar capacitado, delegado por el Director.

Por favor nota: los estudiantes de escuela primaria no pueden transportar medicamentos a casa (con excepción de los inhaladores); el medicamento deben ser transferidos de adulto a adulto. Entiendo yo soy responsable de recuperar el medicamento de la oficina de Salud Escolar cuando ya no es necesario, o cuando termine el año escolar.

Nombre impreso de padres/tutor _____

Teléfono/celular de día _____

Teléfono de la casa _____

Firma de padres/tutor _____

Fecha _____

Relación con el estudiante _____

Revisada por RN _____ Designado _____ puede/ _____ NO puede administrar esta medicina

Nombre de RN IMPRESO: _____ Firma de RN: _____