

PLAN DE MEDICAMENTOS

NOMBRE DEL/DE LA ESTUDIANTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
 ESCUELA: _____ MAESTRO/A/GRADO: _____

PARTE I: AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO DEL PADRE/ENCARGADO/PERSONA RESPONSABLE

Padre/Encargado/Persona Responsable: Complete y firme esta sección.

Por la presente solicito y autorizo al Personal de CSS/Empleado/a Escolar Autorizado/a a administrar el medicamento recetado según las indicaciones del proveedor de salud autorizado a _____ Nombre del/de la estudiante. Este medicamento es _____ nuevo (o) _____ una renovación de la prescripción.

Si es una prescripción nueva escriba la fecha y hora de la primera dosis que se le administró en la casa. Fecha: _____ Hora: _____ a.m./p.m.

Por la presente reconozco que el Distrito, sus escuelas, empleados/as, y agentes serán inmunes a la responsabilidad civil por actos u omisiones bajo la Ley de DC 17-107 excepto por actos delictivos, maldad intencional, negligencia grave o mala conducta intencional.

 FIRMA DEL PADRE/ENCARGADO/PERSONA RESPONSABLE PARENTESCO TELEFONO DE LA CASA

 NOMBRE EN LETRA DE MOLDE TELEFONO DEL TRABAJO/CELULAR CORREO ELECTRONICO FECHA

PARTE II: AUTORIZACION DEL PROVEEDOR DE SALUD PARA MEDICAMENTOS

Proveedor Médico con Licencia: Complete y firme este plan. _ Nuevo _ Renovación _ Cambio

NOMBRE DEL/DE LA ESTUDIANTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

NOMBRE Y DOSIS DEL MEDICAMENTO: _____ DOSIS/VÍA: _____

HORA Y FRECUENCIA EN LA ESCUELA: _____

DIAGNOSTICO: _____

DURACIÓN ESPERADA DE LA ADMINISTRACIÓN EN LA ESCUELA: _____

¿Se puede esperar una reacción? ____SI ____NO Si contestó si, describa los posibles efectos secundarios: _____

Instrucciones especiales o procedimientos de emergencia: _____

Los planes de medicamentos deben actualizarse y notificar al/a la enfermero/a escolar cuando haya algún cambio en la salud del/de la estudiante o requisitos del tratamiento. De lo contrario, la Ley de DC 17-107 estipula que los planes de medicamentos se actualicen anualmente.

 FIRMA DEL PROVEEDOR MEDICO CON LICENCIA TELEFONO DE LA OFICINA FECHA

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

Utilice el sello de la oficina o imprima claramente los nombres de cualquier Proveedor Médico con Licencia en su consultorio en el momento en que le proporciona el tratamiento a este/a estudiante.

Correo Electrónico

Autorización del Plan de Medicamentos recibida por:

 Firma del Personal de CSS/Empleado/a Escolar Autorizado/a

Fecha