



BURLINGTON
AREA SCHOOL DISTRICT

HEALTH SERVICES DEPARTMENT

Jessica M. Polcyn RN, BSN

Lori Sanchez RN, BSN

100 North Kane Street

Burlington, WI 53105

(262)763-0210 (262)763-0215 Fax

MEDICAMENTOS Forma de Administración CONSENTIMIENTO

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

Escuela: _____ Alergias: _____

Padre / tutor Autorización:

Yo, el padre / tutor del estudiante arriba mencionado, he leído la política de medicamentos de la escuela y solicitar la medicación indicada a continuación para ser administrado a mi hijo en la escuela. Yo entiendo que soy responsable de traer el medicamento a la escuela en su forma original, actualizada, debidamente etiquetados contenedor y para recoger cualquier medicamento no utilizado antes del día 10 después de las clases concluir para el año escolar actual (todos los medicamentos serán desechados después de este tiempo - no hay medicamentos serán enviados a casa con un estudiante). Yo entiendo que una persona cualificada designada estará administrando el medicamento y que yo soy responsable de mantener una cantidad suficiente en la escuela para evitar interrupciones con las órdenes MD. Yo entiendo que si mi hijo se niega un medicamento con receta, la fuerza no será ejercida por el personal escolar para que se cumplan. Voy a notificar a la escuela inmediatamente si hay un cambio o cancelación de la medicación. El distrito escolar tiene mi permiso para ponerse en contacto con el prescriptor en lo que se refiere a los medicamentos que se prescriben

Padre / tutor Firma: _____ Fecha: _____

=====

Sin receta (medicamentos de venta libre) PARTE: (MD firma no es obligatorio)

Medicamentos: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____

Tiempo: _____ Ruta: _____ Razón: _____ Fecha de Inicio: _____ Fecha de finalización: _____

=====

PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS PARTE SOLAMENTE: (Para ser completado por un MD / Sólo PA / NPAP)

La medicación y dosificación: _____ Amt: _____ Hora: _____

Ruta: _____ Razón: _____ Efectos secundarios: _____

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS DE EMERGENCIA (inhaladores para el asma / Epi-Pen / glucagón):

Estudiante _____ CAN _____ no puede continuar y auto administrarse el inhalador de rescate prescrito

Estudiante _____ CAN _____ no puede continuar y auto administrarse el prescrito EPI-PEN

Estudiante _____ CAN _____ no puede continuar la GLUCAGÓN prescrito

Médico Firma del proveedor: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____