



# BURLINGTON AREA SCHOOL DISTRICT

209 WAINWRIGHT AVENUE, BURLINGTON, WI 53105

(262) 763-0210

BASD.K12.WI.US

## 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: \_\_\_\_\_