

AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LAS ESCUELAS						Fecha:	Foto del estudiante
Plan Individualizado de Medicamentos para Estudiantes						Escuela:	
Departamento de Salud y Servicios Humanos de Utah De acuerdo con UCA 53G-9-501							
INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE						Grado:	
Estudiante:		Escuela:		Fecha de nacimiento			
Padre:		Teléfono:		Correo electrónico:			
Médico:		Teléfono:		Fax:			
Enfermera escolar:		Teléfono de la escuela:		Fax:			
Padre: complete la sección anterior, lea y firme a continuación, obtenga la firma del proveedor de atención médica y devuélvala a la enfermera de la escuela.							
Como padre/tutor, solicito que los medicamentos enumerados a continuación se administren a mi estudiante durante el horario escolar regular.							
<input type="checkbox"/> Entiendo que los medicamentos serán administrados por empleados voluntarios capacitados de la escuela. <input type="checkbox"/> Entiendo que se requerirá un nuevo formulario de autorización de medicamentos cada año escolar y cada vez que haya un cambio de dosis. <input type="checkbox"/> Entiendo que el padre o tutor es responsable de mantener los suministros, medicamentos y equipos necesarios. <input type="checkbox"/> Entiendo que los medicamentos recetados deben ser transportados hacia y desde la escuela por un adulto*. <input type="checkbox"/> Entiendo que todos los medicamentos, tanto recetados como de venta libre, deben estar en el envase y la etiqueta originales actuales de la farmacia, con el nombre del niño, nombre del medicamento, hora de administración, dosis y nombre del proveedor de atención médica. <input type="checkbox"/> Entiendo que los medicamentos de venta libre deben estar en el envase original del fabricante. <input type="checkbox"/> Entiendo que la información contenida en esta orden se compartirá con el personal de la escuela según sea necesario. <input type="checkbox"/> Entiendo que es mi responsabilidad notificar a la enfermera de la escuela sobre cualquier cambio en el estado de salud, cuidado o indicación de medicamentos de mi estudiante. <input type="checkbox"/> Entiendo que los medicamentos vencidos no pueden aceptarse ni administrarse a mi estudiante.							
Doy permiso para que el proveedor de atención médica de mi hijo comparta información con la enfermera de la escuela para completar esta orden.							
Firma del padre: _____				Fecha: _____			
INFORMACIÓN DEL MEDICAMENTO							
Si se realiza una solicitud para que el personal de la escuela administre medicamentos para el asma, auto inyectores de epinefrina, medicamentos para la diabetes o medicamentos de rescate para convulsiones, se requerirán formularios específicos adicionales, y deben ser firmados por el padre y el médico, y guardados. archivado en la escuela. Estos formularios complementarios también serán necesarios para <u>los estudiantes que llevan y se autoadministran medicamentos</u> para el asma, auto inyectores de epinefrina y medicamentos para la diabetes. Un estudiante no puede llevar medicamentos de rescate para convulsiones.							
Nombre del medicamento	Diagnóstico/ Motivo de la administración	Dosis	Ruta	Horario	Efectos secundarios	Resultados esperados	
Instrucciones adicionales para la escuela:							
La medicación se mantendrá: <input type="checkbox"/> En la oficina <input type="checkbox"/> En el salón de clase <input type="checkbox"/> Otro:							

Nombre del estudiante:		Fecha de nacimiento:
FIRMA DEL RECETADOR		
Este formulario debe estar firmado por el recetador (es decir, el cuidador en curso) para que sea válido, y solo puede estar firmado por un MD/DO; Enfermero practicante, asistente médico certificado o un proveedor con práctica prescriptiva.		
El estudiante mencionado anteriormente está bajo mi cuidado y he recetado este/estos medicamentos para el estudiante mencionado. Es médicamente necesario para la administración de medicamentos mientras el estudiante está bajo el control de la escuela.		
<input type="checkbox"/> Es médicamente apropiado que el estudiante lleve consigo* este medicamento, cuando pueda y sea apropiado, y esté en posesión de este medicamento y suministros en todo momento (consulte la declaración anterior en Información sobre medicamentos). Este estudiante ha sido capacitado para autoadministrarse el medicamento y es capaz de hacerlo de manera segura.		
<input type="checkbox"/> No es médicamente apropiado llevar y autoadministrarse este medicamento. Haga que el personal escolar apropiado/designado conserve el medicamento de este estudiante para usarlo si es necesario.		
Nombre	Firma	Fecha
Recetador:		
Enfermera de la escuela:		
Director:		
Otro:		
A completar por la enfermera de la escuela		
Plan de atención/intervención de la enfermera(o):		Resultados esperados de los estudiantes:
<input type="checkbox"/> Obtener la autorización de los padres y del prescriptor matriculado para los medicamentos que se administrarán en la escuela. <input type="checkbox"/> Administre los medicamentos según lo prescrito. <input type="checkbox"/> Capacitar al personal responsable del cuidado de la salud del estudiante durante la jornada escolar sobre la forma adecuada de administrar los medicamentos. <input type="checkbox"/> Evaluar los déficits de conocimiento y las necesidades de aprendizaje del personal relacionado con el manejo de la condición crónica y la administración de medicamentos para el personal que administra medicamentos. Remediar cuando sea necesario. <input type="checkbox"/> Otro (especifique):		<input type="checkbox"/> El estudiante debe satisfacer sus necesidades básicas de salud durante el día escolar para poder asistir a la escuela con regularidad. <input type="checkbox"/> Ser capaz de verbalizar a quién deben contactar si experimentaran efectos secundarios de su medicamento. <input type="checkbox"/> Mejora en su asistencia. <input type="checkbox"/> Otro (especifique):
<input type="checkbox"/> Firmado por el médico y los padres	<input type="checkbox"/> El medicamento está debidamente	<input type="checkbox"/> Registro de medicamentos generado
Notas:		

* El estudiante puede llevar algún medicamento en ciertas circunstancias. Esto se aplica a los medicamentos para el asma, los auto inyectores de epinefrina y los medicamentos para la diabetes, y SOLAMENTE después de completar y entregar los formularios complementarios a la escuela. *Las políticas de medicamentos del distrito y de la escuela tienen la última palabra sobre si los medicamentos que no sean los medicamentos para el asma, los auto inyectores de epinefrina y los medicamentos para la diabetes se pueden llevar por cuenta propia.*