

LISD Health Services
Orden/Autorización/Consentimiento para Administrar Medicamentos

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ # de ID _____

Escuela _____ Enfermera escolar _____

Núm. telefónico _____ Fax _____

Condición para la cual el medicamento debe ser administrado en la escuela e instrucciones para dicha administración:

- A. *Solo se administrarán las dosis del medicamento que no puedan ser administradas fuera del horario escolar. Todos los medicamentos tienen que estar en el envase original y debidamente etiquetados.*
- B. *Todo medicamento que necesite ser administrado en la escuela tiene que ser aprobado por el FDA. No se administrará ningún suplemento dietético, remedios caseros, remedios de plantas medicinales, vitaminas, remedios homeopáticos ni otras sustancias no reguladas.*

Medicamento	Modo	Dosis en mgs.	Frecuencia	Indicación para su uso
1.				
2.				
3.				

Firma del médico _____ Nombre, en letra de molde _____

Fecha _____ Núm. de la oficina _____ Núm. de fax _____

Dirección _____

Este formulario es válido por un año escolar. El médico/dentista tiene que tener licencia para ejercer su profesión en Texas. Se aceptan órdenes temporales (de 2 meses) por parte de médicos en otros estados de los Estados Unidos para iniciar el tratamiento de estudiantes nuevos al distrito. Se requiere una firma para sustancias controladas, terapias diarias o PRN que duren más de 5 días o, para cambios en la orden original de la receta.

Yo autorizo y solicito que Lewisville ISD administre el medicamento arriba mencionado según ha sido recetado. Yo entiendo que el administrador de la escuela puede designar a cualquier persona(s) capacitada para administrar dicho medicamento. También entiendo que, a pesar de que se hará un atento razonable para recordarle al estudiante que necesita tomar su medicamento, se espera que en la mayoría de los casos él/ella se haga responsable en recordar que debe ir al salón de salud para recibir su medicamento.

Yo autorizo a la enfermera escolar y al médico que receta el medicamento a que consulten entre sí con respecto a esta orden de medicamento, para aclarar dicha orden o, por el bienestar del estudiante con respecto a la reacción del estudiante al medicamento, según lo requiere la ley *Nurse Practice Act* y la ley *Medical Practice Acts* de Texas. Si el consentimiento para que la enfermera y el médico consulten con respecto a este medicamento no es concedido o es revocado, puede que no sea posible que el personal escolar pueda administrar los medicamentos recetados.

Padre/madre, favor de firmar con sus iniciales.

_____ Yo **DOY** mi consentimiento para que la escuela permita que mi hijo(a) transporte medicamentos y equipo médico de ida y vuelta a la escuela.

_____ Yo **NO DOY** mi consentimiento para que la escuela permita que mi hijo(a) transporte medicamentos y equipo médico de ida y vuelta a la escuela. Dicho medicamento será recogido o entregado a la escuela por un padre/madre/tutor u otra persona designada.

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL _____

NÚM. TELEFÓNICO(S) DURANTE EL DÍA _____ FECHA _____

Fecha de caducidad del medicamento _____