

**LAS ESCUELAS DEL CONDADO DE CUMBERLAND
FORMULARIO DE MEDICACIÓN A CORTO PLAZO**

Rev. 05/2018

No puede superar los 14 días calendario

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de la escuela: _____ Grado: _____

Padre/madre/tutor: _____ Teléfono: _____

Médico que receta: _____ Teléfono del médico: _____

Motivo de la medicación: _____

Fecha y hora en que el padre/tutor administró por primera vez este medicamento al estudiante. _____

Lista de alergias: _____

Nombre del medicamento recetado: _____ Dosis: _____ Vía de administración: _____

Hora exacta de administración de la medicación_ a.m. _____ p.m. **La dosis debe ser exacta; no se aceptarán rangos.**

Instrucciones para la administración del medicamento: _____

La medicación a corto plazo no puede superar los 14 días calendario. Fecha de inicio de la medicación: _____

Entiendo que:

- la enfermera escolar está disponible un día a la semana.
- personal no médico administra los medicamentos a diario.
- antes de la administración escolar, se requiere que el padre/tutor firme el registro de entrada/salida de la medicación.
- no se permite a los estudiantes transportar medicamentos a o desde la escuela.
- puedo ponerme en contacto con el encargado de medicación principal o con la enfermera de la escuela si necesito ayuda para asegurarme de que la medicación cumple con el protocolo de CCS para la administración de medicamentos.
- los medicamentos que no se recojan en un plazo de catorce (14) días calendario a partir de la fecha de caducidad de este formulario serán desechados.

FORMULARIO DE EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, _____, el padre/tutor legal de _____, inscripto en la escuela _____, dándome cuenta de la importancia de administrar la medicación a mi hijo según lo prescripto por el médico del niño, por la presente acepto eximir al personal designado de la escuela, a las Escuelas del Condado de Cumberland, y a la Junta de Educación del Condado de Cumberland de cualquier responsabilidad de cualquier efecto negativo potencial como resultado de inyectar o darle a mi hijo la medicación prescripta por el médico del niño. He hablado de esto con mi médico y/o asesor jurídico (abogado) y soy consciente de las ramificaciones y comprendo perfectamente el significado de estas declaraciones. Doy mi consentimiento para que el proveedor de servicios médicos divulgue información médica o sanitaria relativa a la medicación prescripta. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas basándose en él. Este consentimiento será válido hasta que lo revoque por escrito o por el plazo de catorce (14) días calendario.

Firma del padre/madre/tutor legal: _____ Fecha: _____

Firma del Director: _____ Fecha: _____

SOLO PARA USO DE LA OFICINA: Este formulario caducará a los 14 días de la fecha en que lo firmaron los padres.

Este formulario caducará el _____

DISPOSICIÓN DEL MEDICAMENTO: Fecha en que se recogió el medicamento o fecha en que se desechó _____

por Nombre de empleado: _____

Firma del empleado: _____

Testigo: _____