

**LAS ESCUELAS DEL CONDADO DE CUMBERLAND  
FORMULARIO MÉDICO DE MEDICACIÓN ESCOLAR**

Rev. 05/2018

**PARA SER COMPLETADO POR EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

La persona arriba mencionada es un paciente actualmente bajo mi cuidado médico. Debido a una enfermedad, la medicación listada a continuación debe ser (administrada/tomada/inyectada) durante el horario escolar regular de acuerdo con el siguiente protocolo:

Medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Vía de administración: \_\_\_\_\_

**La dosis debe ser exacta; no se aceptarán rangos.**

Medicamentos de rutina/diarios: hora exacta de administración \_\_\_\_ a.m. \_\_\_\_ p.m.

Medicación según sea necesario (p.r.n.) para: \_\_\_\_\_ administrar cada \_\_\_\_\_ hora(s).

Instrucciones para la administración del medicamento: \_\_\_\_\_

Indique cualquier requisito especial de almacenamiento, como temperatura ambiente, refrigeración, etc. \_\_\_\_\_

Firma del médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Sello del MD debajo

Nombre del médico en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Teléfono de la oficina \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

Dirección de la oficina: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

**Esta orden expirará un año después de la fecha en que el médico la firmó.**

**DEBE SER COMPLETADO POR EL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL**

**Entiendo que:**

- los medicamentos recetados pueden administrarse en la escuela y deben estar en un envase recetado con etiqueta de farmacia que coincida con el formulario de medicación escolar del médico de CCS. La dosis, la hora y los intervalos de la medicación deben ser exactos.
- 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.
- la medicación sólo puede administrarse según lo ordenado en los formularios de medicación aprobados por CCS.
- si no hay medicación disponible en la escuela, se llamará al 911 en caso de emergencia.
- el padre/madre/tutor es responsable de notificar a los entrenadores o al personal supervisor de las actividades que se realizan antes y/o después de la escuela el estado de salud del niño y/o la necesidad de medicación.
- 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 las dos semanas siguientes al último día de clase 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 prescrita 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 prescrita. 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 un año.

Firma del padre/madre/tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Director: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**SOLO PARA USO DE LA OFICINA:** Esta orden expirará un año después de la fecha en que el médico la firmó. 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: \_\_\_\_\_