

DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE PLANO

Formulario de Solicitud para Medicamentos

Cuando trae medicamentos a la escuela, favor de seguir las directrices a continuación:

1. Para la seguridad del alumno, **deben ser los padres quienes entregan a la clínica cualquier medicamento. Los padres deberán traer cualquier sustancia controlada a la clínica.** La escuela **no** suministra los medicamentos.
2. **Todo medicamento** deberá estar en su envase original, correctamente etiquetado, acompañado por una solicitud en forma escrita firmada por el padre/madre/tutor.
3. Solamente se aplicará en la escuela un medicamento que no se puede dar en casa.
4. Solamente se aceptará a una sola vez un abasto de 30 días del medicamento. (**Cantidad recibida por la enfermera**_____.)
5. **Cualquier medicamento caducado o que no ha sido recogido por los padres, será destruido.**
6. En ausencia de la enfermera, los empleados autorizados del distrito podrán aplicar el medicamento.
7. No se aplicará ninguna aspirina ni producto que contiene aspirina, sin una orden médica.
8. Solamente se aplicará medicamentos de venta sin receta, homeopáticos, suplementos dietéticos o de hierbas o suplementos dietéticos, en consonancia con las Políticas FFAC(LEGAL) y FFAC(LOCAL) de la Mesa Directiva del ISD de Plano.

Medicamento _____ Número de receta _____
 Dosis _____ Hora _____ Días que se aplicará _____
 ¿Será esta la primera dosis de un medicamento nuevo para su hijo? si no
 Fecha de caducidad (Responsabilidad de los padres): _____
 ¿Para qué condición se requiere este medicamento? _____

Para este medicamento, ¿existe alguna instrucción/precaución/efecto secundario para su hijo?

Con mi firma suscrita, declaro que es imposible programar la aplicación del medicamento mencionado para alguna hora que no sea hora escolar. Solicito que un empleado escolar aplique este medicamento. Acepto no imputar responsabilidad al ISD de Plano, la Mesa Directiva, y/o los empleados del Distrito por cualquier daño o lesión que resulte de la aplicación de este medicamento (sea con o sin receta/homeopático/de venta libre), suplemento dietético y/o de hierbas.

Doy consentimiento para que el representante del Distrito, incluyendo los profesionales médicos del Distrito compartan con el profesional médico o proveedor de salud identificado anteriormente, u obtengan de dicha persona, los datos relacionados a la salud de mi alumno a fin de planificar, implementar o aclarar las acciones necesarias en la administración de servicios escolares relacionados con la salud, entre ellos: atención de urgencia, cuidado para cualquier diagnóstico, tratamientos médicos según se explica en el IHP del alumno, su PLAN 504, IEP o algún otro formulario de PISD en que el cual se solicitan servicios de cuidado de la salud. Entiendo que no se proveerán a mi alumno los servicios escolares relacionados con la salud sin mi consentimiento requerido, como se explica aquí.

Firma del Padre _____ Fecha _____ Teléfono _____
 Correo electrónico _____
 Nombre del Doctor _____ Teléfono _____

Para aplicar un medicamento de venta libre por más de 10 días consecutivos, es necesario contar con la firma de un médico.

Firma del Doctor _____ Fecha _____