

FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICAMENTOS DEL ARLINGTON ISD

Los siguientes lineamientos se aplican a los medicamentos administrados en la escuela:

1. Debido al número de estudiantes en el campus y al volumen de la distribución de medicamentos involucrados, los medicamentos deben administrarse en el hogar siempre que sea posible.
2. No se pueden administrar narcóticos.
3. Los medicamentos pueden ser proporcionados por una persona sin licencia.
4. Un padre o tutor deben traer el medicamento a la clínica en caso de que sea necesaria una aclaración o instrucciones especiales.
5. La primera dosis de cualquier medicamento debe administrarse en el hogar para observar las reacciones adversas
6. Todos los medicamentos requieren la firma del padre.
7. Todos los medicamentos de venta con receta requieren la firma de un médico en todos los niveles de grado.
8. Los medicamentos sin receta requieren la firma de un médico para el nivel elemental.
9. Los medicamentos deben ser guardados en el gabinete cerrado de la clínica. No ponga una dosis en una lonchera o mochila para su auto administración.
10. Los medicamentos deben estar en su envase original y debidamente etiquetados en inglés. Sólo se darán los medicamentos aprobados para su uso en los Estados Unidos.
11. Envíe sólo la cantidad de medicamento necesaria en la escuela. Ningún medicamento adicional puede ser enviado a casa con los estudiantes (except inhaladores).
12. Los medicamentos que no se utilicen deben ser recogidos por un adulto el ultimo día de la escuela o serán destruidos.
13. Los medicamentos caducados no recogidos por un adulto dentro de 30 días serán destruidos.
14. Los medicamentos homeopáticos, suplementos dietéticos, suplementos de hierbas y aceites esenciales sólo se darán de conformidad con la Política de la Junta del Arlington ISD.

Con mi firma, solicito que este medicamento sea administrado por un empleado de la escuela. Acepto que no voy a hacer responsables a los empleados del Arlington ISD, la Junta Directiva y/o el Distrito, de los daños o lesiones derivados de la administración de este medicamento, suplemento dietético, suplemento de hierbas, y/o aceite esencial.

Autorización del padre/tutor al personal de la escuela para la comunicación de información médica:

Autorizo a las personas designadas por el Distrito, incluyendo a los profesionales de la medicina del Distrito y a los UAP, a compartir/obtener información relacionada con la salud de mi hijo con el medico de salud profesional o profesional médico identificado para planificar, ejecutar o aclarar las acciones necesarias para la administración de los servicios de salud relacionados con la escuela, tales como, pero sin limitarse a: la atención de emergencia, la atención a cualquier diagnóstico documentado, tratamientos médicos según se indican en el IHP, plan 503 del estudiante, plan 504, IEP, o cualquier otro formulario del AISD solicitando los servicios de salud escolar. Al firmar esta Autorización, estoy dispuesto a reconocer que la información usada o divulgada de acuerdo con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por personas autorizadas designadas en el presente documento y la(s) persona(s) con los que se comuniquen, y ya no estará protegida por normas de la HIPPA. Eximo de toda responsabilidad a cualquier proveedor de atención médica que actúe en virtud de esta autorización, que se pueda derivar de la divulgación de la información médica individualmente identificable sobre mi hijo. Los servicios de salud relacionados con la escuela que se describen en este documento no se proporcionarán a ningún estudiante sin el consentimiento necesario de los padre/tutor, según se indica aquí.

Apellido _____ Nombre _____ ID # _____ Grado _____
Firma del padre _____ Fecha _____
Teléfono del celular _____ Teléfono del trabajo _____
Teléfono del hogar _____ Correo electrónico _____

INFORMATION BELOW THIS POINT MUST BE COMPLETED IN ENGLISH

Medication Name	Dose	Route	Time(s) to Give

One medication per form

Physician Signature _____ Date _____

Physician Printed Name _____ Phone _____ Fax _____

Condition for which medication is being given: _____

Allergies/ Special Instructions: _____

For Clinic Use Only

Initial Intake Count _____ Signature _____ Signature _____