



Seguin  
exceptional students to exceptional citizens  
**INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT**  
**SCHOOL HEALTH SERVICES**

Consentimiento de  
 medicación medicina sin  
 receta/medicina a corto plazo

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE PERMISO DE MEDICAMENTOS**

Estudiante: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
 ID#: \_\_\_\_\_

**POLÍTICA DE MEDICAMENTOS Y CONSENTIMIENTO DEL PADRE/GUARDIÁN LEGAL**

- Solicito que se administre el medicamento anterior durante el horario escolar.
- Liberó al personal de la escuela de cualquier responsabilidad en relación con esta solicitud cuando el medicamento se administra según lo ordenado.
- **Notificará** a la escuela sobre **cualquier cambio** en la medicación (cambio de dosis o suspensión de la medicación)
- Doy permiso para que la enfermera de la escuela se comunique con el maestro(a) sobre la acción y los efectos secundarios de este medicamento.
- Doy permiso para que la enfermera de la escuela consulte con el médico del estudiante con respecto a la medicación o la condición médica por la que el estudiante está siendo tratado. También doy permiso para que la enfermera de la escuela se comunique con la farmacia / farmacéutico donde se surte el medicamento.

• **EXCURSIONES: DOY PERMISO PARA QUE EL MAESTRO(A) ASIGNADO O ADULTO RESPONSABLE ADMINISTRE EL MEDICAMENTO EN UNA EXCURSIÓN SEGÚN SEA NECESARIO, SIGUIENDO EL PROCEDIMIENTO ESCOLAR.**

- Se deben recibir los permisos por escrito del padre o guardián legal antes de que se pueda administrar un medicamento.
- **Todos** los medicamentos deben estar en el **envase original** e incluir el nombre del estudiante, el nombre del médico, el nombre del medicamento, la cantidad y la hora a administrar.
- **Las muestras** de medicamentos de los médicos **DEBEN** tener una orden médica escrita con el nombre del estudiante, las instrucciones y la firma del médico y en su empaque original.
- Los medicamentos sin receta (de venta libre - OTC) deben venir en el envase **original**. Se administra como indica la etiqueta, a menos que el médico indique lo contrario por escrito. Después de 10 días de uso, se requiere una nota del médico.
- La primera dosis de cualquier medicamento debe ser administrada primero por los padres. La escuela no se hará responsable de administrar la dosis inicial a un estudiante.
- El personal de la escuela no administrará **productos con aspirina** a menos que un médico proporcione órdenes por escrito.
- **Los medicamentos controlados** deben llevarse a la clínica y ser recogidos por un adulto responsable. **¡NO ENVÍE MEDICAMENTOS CONTROLADOS CON SU HIJO** a la escuela! Este medicamento NO se enviará a casa con un estudiante. Algunos ejemplos de medicamentos controlados son Adderall, Dexedrin, Tylenol w / Codeine, Hydrocodone (Vicodin), Ritalin, Concerta, etc.
- HERBALES / HOMEOPÁTICOS, medicamentos no aprobados por la FDA, deben ser recetados por un médico y en un plan 504.
- **TENGA EN CUENTA: Todos los medicamentos que no se recojan al final del año escolar serán desechados. Será SU responsabilidad asegurarse de que recojan este medicamento.**
- NO se aceptarán medicamentos de fuera del país.

Firma del Padre/Guardián Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**FORMULARIO DE SOLICITUD DE PERMISO DE  
MEDICAMENTOS**

Estudiante: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_

Maestro(a): \_\_\_\_\_ GR: \_\_\_\_\_ Salon/Ext#: \_\_\_\_\_ #de pastillas: \_\_\_\_\_

**PADRE: COMPLETA LA FORMA**

Medicación: \_\_\_\_\_ Fuerza: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Tiempo: \_\_\_\_\_

Razón de la medicación: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, doy permiso para que mi hijo/a reciba el medicamento anterior como se indica. También doy permiso para que mi hijo/a sea fotografiado solo con fines de identificación.

Firma del Padre/Guardián Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Teléfono: Casa/Cell: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

**TO BE COMPLETED BY SCHOOL NURSE**

|          | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 |
|----------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Day Time |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Initials |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

Medication START date: \_\_\_\_\_ (first day given) Medication STOP date: \_\_\_\_\_ (expiration date – 10 days from start date)

**Has medication changed to Long Term Medication:** yes no (please circle)

**Disposition of Medication:** Continued Discontinued Hold (please circle)

Any medication to be returned: yes No (please circle) Amount returned: \_\_\_\_\_ School Nurse Initials: \_\_\_\_\_

Parent Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

School Nurse Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_