

**ORDEN DEL PERSONAL MÉDICO/FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR LA MEDICINA**

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

Escuela: \_\_\_\_\_ Año escolar/Maestro(a) \_\_\_\_\_

**ORDEN DEL PERSONAL MÉDICO**

(Por favor complete cada punto en esta sección)

**FECHA:** \_\_\_\_\_

1. He examinado a este estudiante por (diagnóstico) \_\_\_\_\_ y he determinado que el estudiante **tiene que tomar** medicina durante las horas de escuela. Código(s) ICD – 9. (Ésto es obligatorio para Medicaid).

2. Nombre de la medicina: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_  
Ruta: \_\_\_\_\_ Hora en que se debe de administrar: \_\_\_\_\_ Duración: \_\_\_\_\_

3. Instrucciones especiales con respecto a esta medicina:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Póngase en contacto conmigo si se desarrollan las señales o síntomas siguientes: \_\_\_\_\_

Firma del personal médico: \_\_\_\_\_ Nombre en letras de molde: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DEL PADRE O GUARDIÁN: (La duración de este documento es válida sólo por el año escolar actual)**

- Yo, el padre o guardián del estudiante que arriba se menciona, por medio de esta declaración pido que la enfermera escolar o la persona que designe administren la medicina que se menciona arriba, de acuerdo con las instrucciones del personal de cuidados de salud arriba mencionadas)
- Yo me comprometo a entregar la medicina recetada necesaria en el frasco apropiadamente etiquetado, proporcionar un repuesto de la medicina si se necesita, y notificar a la enfermera de la escuela inmediatamente si la persona que la recetó cambia, o si la medicina se discontinúa.
- Yo doy mi autorización, tal como se necesite, a que se comparta la información relacionada con la salud de mi niño entre la enfermera escolar (o la persona designada) y el personal médico que se menciona en este formulario. Yo entiendo que sin mi autorización para que haya esta comunicación, estas órdenes no serán implementadas.

Firma del padre o guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono alterno: \_\_\_\_\_

Para uso de la oficina únicamente	Fecha de caducidad de la medicina: _____
Fecha en que la medicina fue discontinuada _____ por <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Médico (si se notificó al padre o al personal médico: (_____) fecha	