

**AUTORIZACION PARA DAR MEDICINAS EN LA ESCUELA
ACUERDO DE DESCARGO E INDEMNIZACION**

Para ser completado por PADRES/GUARDIANES

Por la presente autorizo al personal del Departamento de Servicios Humanos y de las Escuelas Públicas del Condado de Arlington incluyendo personal no licenciado, a dar medicinas de la forma indicada en esta autorización. Yo estoy de acuerdo en liberar, indemnizar y dejar sin responsabilidad a las Escuelas Públicas, el Departamento de Servicios Humanos, al Condado de Arlington y cualquiera de sus oficiales, miembros del personal, o agentes, en un juicio legal, reclamo, gasto, demanda o acción, etc., contra ellos por ayudar a este estudiante con la administración de medicamentos solicitado por los padres, incluyendo cualquier efecto secundario de la medicina. He leído el "procedimiento para dar medicinas en las Escuelas" incluido al reverso de este formulario y asumo las responsabilidades requeridas.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Escuela: _____
Maestra(o): _____ Su niña(niño) asiste al Extended Day? Si _____ No _____
Nombre del padre/guardián: _____ Teléfono en el día: _____
Firma del padre/guardián: _____ Fecha: _____

To Be Completed by the PHYSICIAN/Para ser completado por el MEDICO

The Arlington Department of Human Services and the School Health Bureau discourage medications be given to students in school during the School/Extended Day. Please prescribe before or after school doses if at all possible. **El Dpto. de Servicios Humanos y el Servicio Escolar recomiendan que se den las medicinas fuera de las horas de la escuela/Extended Day lo mas posible.**

Name of medicine/Nombre de la medicina _____ Dosage/Dosis _____
Route/Vía: _____ Time to be given at school/Hora que se dará: _____ AM y/o _____ PM
Before/After/Antes o despues de _____ Activity/Actividad Diagnosis/Diagnosis: _____
Date to begin/Fecha para empezar: _____ Date to end/Hasta: _____

If the student is taking more than one medication at school, list the sequence in which medications are to be taken and the time interval between medications/Si el estudiante toma más de una medicina, indique el orden en que deben ser tomadas y el intervalo de tiempo entra cada una.

If a medication is to be given on an "as needed" basis, specify the symptoms or conditions when the medication is to be given and the time interval for repeating the dose/medication/Si la medicina es para darse solamente cuando sea necesario indique los síntomas o condiciones y el intervalo de tiempo cuando se puede repetir la medicina.

Physician's Name (print/stamp)/Nombre del médico

Physician's Signature/Firma del médico

Telephone/teléfono _____ Fax Number/número del Fax _____ Date/Fecha _____

MIDDLE AND HIGH SCHOOL STUDENTS WHO CARRY INHALERS: This student is both capable and responsible to self-administer the above inhaler(s). This student may carry his/her inhaler/Estudiantes Secundarios quienes llevan inhaladores:/ Este estudiante es capaz y responsable en el uso de su inhalador y tiene permiso para llevarlo consigo.

Physician's Signature/Firma del Médico
Date/Fecha _____

Parent's Signature/Firma del padre
Date/Fecha _____

Student's Signature/Firma del Estudiante
Date/Fecha _____

FOR STAFF ONLY: Signing here indicates that a review of the above medication form has been completed.

SHA Signature and Date

Name of PHN Contacted By Phone & Date

PHN Signature and Date

PROCEDIMIENTO PARA DAR LAS MEDICINAS EN LA ESCUELA

La meta del Servicio de salud Escolar en la administración de medicinas a su niño(a) es la **SEGURIDAD** - que se dé la medicina correcta, al niño(a) correcto, en la cantidad correcta, a la hora correcta. Necesitamos su ayuda para lograr esta meta!

Por favor trate de dar todas las dosis de la medicina en casa cuando se pueda. Pero si su niño/a necesita medicina en la escuela, por favor siga los siguientes 12 pasos:

1. Un formulario de autorización (al reverso) firmado por padres y médicos debe de acompañar cada medicina. Este será válido por un año escolar.
2. Se aceptarán copias Fax del formulario de Autorización. Vea abajo para el numero de fax de la clínica de la escuela.
3. Cuando hay un cambio en la dosis ó la hora en que se dará la medicina necesitará una nueva autorización y un nuevo frasco etiquetado de la farmacia.
4. Cuando se dará la medicina en la casa y en la escuela pídale al farmaceuta dos (2) frascos etiquetados – uno para su casa y el otro para la clínica escolar.
5. Si su niño(a) tiene que tomar la medicina de una manera especial por favor discútalos con el personal de la clínica escolar (por ejemplo si necesita tomarla con gelatina).
6. Si la medicina (tableta/pastilla) debe ser partida, los padres deben hacerlo. El personal de la clinica no está autorizado a partir pastillas/tabletas.
7. Las medicinas RECETADAS tienen que tener una etiqueta de la farmacia con:
 - * la hora ó la actividad en que se dará, eg: (8am, 12 mediodía, después del almuerzo, antes de las clases de deportes) **NO** debe decir "como indicado"
 - * el nombre del niño(a)
 - * el nombre de la medicina
 - * la dosis ó cantidad que se dará
 - * el nombre del médicoTodas las medicinas que se compran sin receta médica o muestras que recibe del médico **NO** necesitan tener una etiqueta de la farmacia pero deben:
 - * ser acompañados por un formulario de autorización completada por el padre o guardián y el médico ó personal licenciado para recetar.
 - * tener el nombre completo del niño(a)
 - * mandarlos a la clínica en su envase original
8. Las medicinas se darán no más de 30 minutos antes o después de la hora indicada por el médico.
9. Estudiantes de las escuelas Medias/Secundarias con asma pueden llevar consigo y usar un inhalador si hay una Autorización completada en la clínica escolar. El estudiante, su padre/guardián y su médico deben de acordar que el estudiante:
 - A. **NO PERMITA** que otro estudiante use su inhalador.
 - B. Lleve ó ponga el inhalador en un lugar seguro y no visible.
10. Padres/guardianes deben personalmente llevar las medicinas con la Autorización a la clínica de las ESCUELAS PRIMARIAS. A su discreción, los estudiantes de escuelas medias/secundarias pueden llevar sus medicinas y Autorización a la clínica.
11. Para paseos y otras actividades escolares fuera del edificio (eg. Outdoor Lab) por favor hable con el personal de la clínica escolar y el maestro/a para planificar la administración de medicinas.
12. Las medicinas no usadas deben de ser recogidas dentro de una semana de la fecha de expiración de la Autorización. Después de este tiempo la enfermera de salud pública las destruirá.

Enfermera Escolar/PHN _____ Ayudante de la clínica/SHA _____

Teléfono _____ Número de Fax: _____