



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS

Esta sección debe ser completada por el PADRE / MADRE / TUTOR: (por favor imprima)

Escuela: _____ Fax: _____
 El nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Medicamentos necesarios: _____
 Proveedor de cuidado de la salud: _____ Teléfono: _____

Marque una casilla y firme a continuación:

- Solicito que las personas autorizadas en la escuela ayuden a mi hijo a tomar los medicamentos que se describen a continuación. Yo también doy mi permiso para el intercambio de información entre la enfermera de la escuela y el proveedor de atención médica.
- Solicito que se le permita a mi hijo autoadministrarse medicamentos. También doy mi permiso para el intercambio de información entre la enfermera de la escuela y el proveedor de atención médica. Eximiré de responsabilidad e indemnizaré a la escuela y a la escuela Bremerton. Los funcionarios, empleados y agentes del distrito contra todos los reclamos, juicios o responsabilidades que surjan de la autoadministración y transporte de medicamentos por parte del niño mencionado anteriormente.
- Tengo 18 años y estoy firmando este formulario en mi propio nombre (RCW 26.28.015 o RCW 70.02.30). También doy permiso para intercambio de información entre la enfermera de la escuela y el proveedor de atención médica. Mantendré indemne e indemnizaré a la escuela y Los funcionarios, empleados y agentes del Distrito Escolar de Bremerton contra todos los reclamos, juicios o responsabilidades que surjan de la autoadministración y transporte de medicamentos por parte del niño mencionado anteriormente.

Entiendo que esta autorización es válida solo para el año escolar actual. El medicamento se proporcionará en el envase original etiquetado por la farmacia o el proveedor de atención médica con el nombre del estudiante, el nombre del medicamento, la cantidad que se debe tomar y la hora del día en que se debe tomar. Mantendré un registro de las fechas de vencimiento del medicamento. **Si el medicamento permanece al final del año escolar, lo recogeré de la escuela o entenderé que será destruido.**

Padres/Guardián Nombre: _____
 Padres/Guardián Firma: _____ Fecha: _____

Esta sección debe ser completada por el PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA (MD, DO, ND, DMD, DC, PA, ARNP, or CNM)

| | Medicamento #1 | Medicamento #2 |
|--|--|---|
| Medicamento: | | |
| Dosis: | | |
| Vía de administración: | | |
| Es hora de dar la medicación: | | |
| Diagnóstico para el que se administra el medicamento.: | | |
| ¿Es el estudiante capaz de transportar y administrar de forma segura sin supervisión?: | <input type="checkbox"/> Si* – Puede transportar y administrar <input type="checkbox"/> No – No se puede autocargar / administrar | <input type="checkbox"/> Yes* – Puede transportar y administrar <input type="checkbox"/> No – No se puede autocargar / administrar |
| Autorizado para: | <input type="checkbox"/> Año escolar: _____ <input type="checkbox"/> Otras fechas: _____ | <input type="checkbox"/> Año escolar: _____ <input type="checkbox"/> Otras fechas: _____ |

Solicito que al estudiante nombrado se le administren los medicamentos enumerados de acuerdo con las instrucciones indicadas, ya que existe una razón de salud válida que hace que la administración sea aconsejable durante el horario escolar.

Firma del proveedor de atención médica: _____ Fecha: _____