**Solicitud para Administrar Medicantos a los estudiantes del K-8th grados DURANTE EL DÍA ESCOLAR 2023-2024**

_____ Fecha de nacimiento del estudiante: _____/_____/_____
Nombre del estudiante (use letra de imprenta) Mes Día Año

Si es necesario que un estudiante tome medicamentos o reciba tratamiento durante el día en la escuela, el padre o tutor legal debe completar esta solicitud y presentarlo en la oficina de la enfermería de la escuela. Si el medicamento o tratamiento es recetado por el médico, el padre o tutor legal debe presentar una receta escrita por parte del médico del jovencito (a), o el membrete de la farmacia en vigencia con la solicitud. Es también necesario una orden del médico para muestras de una receta que podía haber sido entregado al estudiante, o para cualquier medicamento sin receta que no es aprobado para jovencitos menores de los doce años de edad.

Todos los medicamentos sin receta deben permanecer en el contenedor original con el nombre y la fecha de nacimiento del estudiante. Se seguirá las instrucciones del membrete para todas las medicinas sin receta a no ser que haya sido prescrita por un médico.

## Autorización del Padre/la Madre o el Tutor Legal

Solicito que el medicamento descrito a continuación sea administrado a mi hijo(a)/hijo(a) de crianza a las horas especificadas durante el día en la escuela. Yo entregaré a la enfermera el medicamento en su contenedor original o botella de prescripción vigente.

Comprendo que un padre o tutor legal llevará a la escuela, o de la escuela a la casa. Los medicamentos se deben recoger para el último día de clase, o los mismos serán desechados.

Comprendo que si mi hijo tiene más de siete (7) medicamentos yo debo completar un formulario adicional para estos medicamentos. Esta solicitud se mantiene vigente para un año escolar y debe ser renovada anualmente o cuando haya un cambio en el medicamento.

Comprendo que este medicamento(s) se administrará a mi hijo(a) sólo por miembros autorizados del personal y se mantendrá en un lugar seguro dentro de la clínica escolar.

Para medicamentos que requieren refrigeración, reconozco que mientras el medicamento de mi estudiante está almacenado en la clínica de la escuela, ni la corporación escolar ni Community Health Network asumen responsabilidad por la variación de la temperatura que pueda resultar en la pérdida de la viabilidad del producto. El padre/tutor legal es el responsable del reemplazo del producto. Las temperaturas de refrigeración se monitorean a diario en los días escolares

Favor complete el cuadro de la próxima página para todos los medicamentos que autoriza a la enfermera que lo administre durante el año escolar y durante la escuela de verano, cuando corresponda.

**Solicitud para Administrar Medicantos a los estudiantes del K-8th grados DURANTE EL DÍA ESCOLAR 2023-2024**

_____ Fecha de Nacimiento del estudiante: _____/_____/_____
Nombre del estudiante (Use letra imprenta) Mes Día Año

| Nombre del medicamento | Con receta o sin recta | Días que se debe administrar el medicamento | Hora(s) de administrar el medicamento | Cantidad de medicamento para administrarse | Razón para el medicamento(s) e instrucciones especiales |
|---|---|---|---|---|---|
| | ☐ receta<br>☐ sin receta | | _____ AM<br>_____ PM | | |
| | ☐ receta<br>☐ sin receta | | _____ AM<br>_____ PM | | |
| | ☐ receta<br>☐ sin receta | | _____ AM<br>_____ PM | | |
| | ☐ receta<br>☐ sin receta | | _____ AM<br>_____ PM | | |
| | ☐ receta<br>☐ sin receta | | _____ AM<br>_____ PM | | |
| | ☐ receta<br>☐ sin receta | | _____ AM<br>_____ PM | | |
| | ☐ receta<br>☐ sin receta | | _____ AM<br>_____ PM | | |

_____ _____
Firma del Padre/Madre o Tutor Legal Fecha

_____ _____/_____
Nombre en letra de imprenta Núm. teléfono primario / Núm. teléfono secundario