

Acuerdo de Exoneración para la Administración de Medicamentos

El suscrito padre, madre o tutor legal de:

Nombre del estudiante _____ **Fecha de nacimiento** ____/____/____ por la presente solicita

al personal escolar de las Escuelas Públicas de Denver administrar al mencionado niño la medicación o tratamiento descrito en las instrucciones proporcionadas y firmadas por el proveedor de servicios médicos (PCP) que se adjuntan.

De acuerdo con las normas y procedimientos del distrito escolar sobre administración de medicamentos a estudiantes, toda medicación que se deba administrar al estudiante deberá haber sido recetada por un PCP o dentista y su padre, madre o tutor legal deberá proporcionarla con la etiqueta original del envase de la farmacia en la que figura el nombre del niño, nombre del medicamento, dosis, vía de administración y cantidad de dosis por día o veces y, si corresponde, fecha en que se debe de discontinuar. Esto se aplica a todos los medicamento, incluso los de venta libre. Se entiende que la medicación solo se administrará a pedido del padre, madre o tutor legal suscrito y para su comodidad. Por la presente, el suscrito padre, madre o tutor legal exime a las Escuelas Públicas de Denver (DPS) y a su personal escolar de todo y cualquier reclamo, actual o futuro, derivado de la administración o no administración del medicamento al estudiante. En ningún caso el personal escolar recomendará o exigirá que se le prescriba al estudiante medicamentos psicotrópicos para asistir clases.

Al firmar, el padre, madre o tutor legal acepta que el personal de DPS, incluido el gerente de los Servicios de Enfermería y/o la persona designada y la enfermera de la escuela del estudiante, se comuniquen con proveedores externos para obtener información adicional con respecto a las necesidades médicas del niño. Se acuerda, además, que los proveedores externos están autorizados a revelar información confidencial al personal de DPS. Se entiende que esta información es estrictamente confidencial y que se usará solo con el propósito de tomar decisiones sobre la importancia del Plan de Adaptaciones Médicas con respecto a las necesidades educativas del estudiante.

RECUERDE: Para los medicamentos que se administren en casa y en la escuela, solicite al farmacéutico que le prepare un frasco separado para la escuela, debidamente etiquetado.

IMPORTANTE: Es responsabilidad del padre, madre o tutor legal recoger la medicación del estudiante el último día de clases. Los medicamentos que no se retiren se descartarán de acuerdo con las Normas de Administración de Medicamentos (2008) del Departamento de Servicios Sociales de Colorado (CDSH).

Firma del padre, madre o tutor legal

Mes/día/año

ORDEN FIRMADA DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS MÉDICOS PARA MEDICACIÓN

*Este formulario debe llenarse en caso de que el estudiante necesite tomar cualquier medicamento durante las horas de clase.
Todo medicamento que deba administrarse en la escuela, incluidas las muestras, **debe** tener una etiqueta identificadora.*

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Nombre del medicamento/tratamiento (uno por formulario) _____ Dosis: _____

Vía: _____ Frecuencia: _____ Cantidad de tomas en la escuela: _____

Fecha de inicio: ____/____/____ Fecha de finalización: ____/____/____ o hasta finalizar el año escolar 2017-2018

Propósito de la medicación: _____ Alergias: No se conocen alergias Otras: _____

Posibles efectos secundarios: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

(En letra de imprenta) Nombre del PCP o dentista que receta el medicamento

Fecha: ____/____/____ Nombre de la clínica: _____
Firma del PCP autorizado a recetar

Medicación discontinuada: Horario: _____ y fecha: ____/____/____ Firma del PCP: _____

(En letra de imprenta) Nombre de la enfermera escolar **Firma de la enfermera escolar**

La firma de la enfermera escolar indica que una enfermera titulada escolar ha revisado el medicamento y las instrucciones para el mismo.