



Township High School District 211 Formulario de Autorización de Medicamentos

Nombre del Estudiante: _____ ID #: _____ Fecha de Nacimiento: _____

El Formulario de Autorización de Medicamentos Escolares debe completarse antes de la administración de medicamentos en el entorno escolar para medicamentos recetados y/o de venta libre, excepto que se requiere un formulario de autorización por separado para el cannabis medicinal. [District 211 Board Policy J: Students Medication Administration in Schools](#)

Completar por el médico, asistente médico o APRN del estudiante con autoridad para prescribir:

Medicamentos Sin Receta Médica

Servicios de Salud tiene los siguientes medicamentos sin receta disponibles: Ibuprofeno (Advil), Acetaminofén (Tylenol), Difenhidramina (Benadryl) y antiácido. Todos los demás medicamentos sin receta deben ser traídos a la Oficina de Salud por un padre / tutor en un recipiente con la etiqueta del fabricante. **La autorización para medicamentos sin receta por parte del padre/tutor y el proveedor de atención médica es válida hasta la graduación del alumno, a menos que se revoque por escrito o se especifique lo contrario a continuación.**

Por la presente autorizo al Distrito 211 a administrar la(s) siguiente(s) medicina(s) durante el horario escolar que incluye durante eventos escolares:

- Ibuprofeno/ Advil/ Motrin 1-2 tabletas (200 mg cada una) oralmente cada 6 horas según sea necesario.
- Acetaminofeno/ Tylenol 1-2 tabletas (325mg cada una) oralmente cada 4 horas según sea necesario.
- Difenhidramina/ Benadryl 1-2 tabletas (25 mg cada una) oralmente para reacción alérgica aguda.
- Antiácido (2 tabletas oralmente cada 4 horas según sea necesario).
- Otros medicamentos sin receta: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____

Periodo de tiempo u otra limitación para esta autorización (si no hay ninguna, escriba "N/A"): _____

Medicamentos con Receta Médica:

Los medicamentos recetados deben ser traídos a la Oficina de Enfermería por el padre/tutor con la dosis apropiada, la frecuencia y el nombre claramente visible en el envase etiquetado de la farmacia. **El formulario de autorización de medicamentos debe renovarse cada año para las medicinas recetadas.**

Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____

Diagnóstico que requiere medicamentos: _____ Propósito: _____

Es necesario que este medicamento se administre durante la jornada escolar y/o actividades relacionadas con la escuela: Si No

A qué hora debe administrarse el medicamento o en qué circunstancias: _____

Efectos secundarios previstos: _____

Otros medicamentos recetados que el estudiante está recibiendo/tomando actualmente: _____

Autorización para el auto-transporte y/o auto-administración de epinefrina, insulina u otra medicina durante una excursión escolar o viaje escolar nocturno (No se requiere para el Inhalador de Asma) no durante el día escolar:

1) ¿Autoriza a este alumno a llevar consigo la medicina indicada? Si No

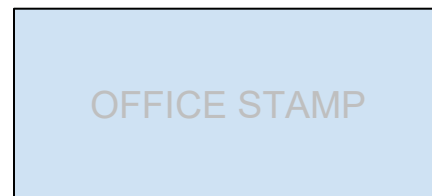
2) ¿Autoriza a este alumno a autoadministrarse la medicina indicada? Si No

Al marcar sí a lo anterior, certifico que el estudiante ha sido instruido en el uso de la medicina indicada, entiende la necesidad de la medicina, entiende la necesidad de reportar cualquier efecto secundario inusual al personal de la escuela, y si está autorizado a autoadministrarse la medicina, es capaz de administrársela independientemente bajo la supervisión del personal de la escuela.

Nombre del Prescriptor: _____

Dirección de la Oficina: _____

Teléfono #: _____ Fax #: _____



Firma del Prescriptor: _____ Fecha: _____



Township High School District 211 Formulario de Autorización de Medicamentos

Completar por el Padre / Tutor:

Firmando abajo, yo, el padre/tutor del estudiante indicado arriba, estoy de acuerdo que soy principalmente responsable de administrar la medicina a mi niño. Sin embargo, en el caso de que yo no pueda hacerlo o en caso de emergencia médica, por la presente autorizo Township High District 211 y sus empleados y agentes, en mi nombre, para administrar (o para permitir que mi hijo auto-portar / auto-administrarse medicamentos de conformidad con la ley estatal, bajo la supervisión de los empleados y agentes de Township High School District 211) medicamentos recetados legalmente en la forma descrita. Esto incluye la administración de inyectores, no designados, de epinefrina, antagonistas opioides o medicamentos para el asma a mi hijo cuando se crea de buena fe que mi hijo está sufriendo una reacción anafiláctica, una sobredosis de opioides o un episodio de asma, independientemente de que yo conozca o no dichas reacciones. Reconozco que puede ser necesario que la administración de medicamentos a mi hijo sea realizada por una persona que no sea la enfermera de la escuela, como, por ejemplo, entre otros, entrenadores de atletismo durante actividades deportivas, patrocinadores/acompañantes de la escuela durante actividades extraescolares, excursiones fuera del campus o viajes de un día para otro, y yo, el padre/tutor, doy mi consentimiento específico para dichas prácticas. Estoy de acuerdo en indemnizar y mantener indemne a Township High School District 211 y sus empleados / agentes contra cualquier reclamo que surja de la administración de medicamentos a mi hijo o la auto-administración de medicamentos de mi hijo.

Nombre Impreso del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Firma del Padre/Tutor: _____ Teléfono #: _____

Autorización para llevar y/o autoadministrarse un inhalador para el asma, epinefrina, insulina u otro medicamento requerido en un plan que cumpla los requisitos:

Autorizo al Distrito Escolar y a sus empleados y agentes, a permitir que mi hijo(a) _____ lleve consigo y/o _____ se auto administre (**por favor ponga sus iniciales al lado de las autorizaciones aplicables**) su medicamento para el asma, inyector de epinefrina, o cualquier otro medicamento como se requiere bajo un Plan de Acción para el Asma, un Plan para el Cuidado de la Diabetes, un Plan de Acción Individual para el Cuidado de la Salud, un Formulario de Autorización de Acción y Tratamiento de Emergencia para Alergias a Alimentos de Illinois, un Plan de Acción para Convulsiones, un plan conforme a la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, o un plan conforme a la Ley de Educación para Individuos con Discapacidades: (1) mientras esté en la escuela, (2) mientras esté en una actividad patrocinada por la escuela, (3) mientras esté bajo la supervisión del personal de la escuela, o (4) antes o después de las actividades normales de la escuela, como cuando esté en una guardería antes o después de la escuela en una propiedad operada por la escuela. La ley de Illinois requiere que el Distrito Escolar informe a los padres/tutores que él, y sus empleados y agentes, no incurren en ninguna responsabilidad, excepto por conducta intencional y sin sentido, como resultado de cualquier lesión que surja de la auto-carga y auto-administración de un estudiante de medicamentos para el asma, inyector de epinefrina o cualquier otro medicamento autorizado.

Nombre Impreso del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Firma del Padre/Tutor: _____ Teléfono #: _____