



Rochester City School District
Student Health Services
131 West Broad Street
Rochester, New York 14614

Permiso de los Padres para Administrar Medicamentos

Nombre del estudiante: _____ FDN: _____

Grado: _____ Maestro/HR: _____ Escuela: _____

Para poder proveer un cuidado seguro y consistente para su hijo(a), nosotros tenemos que tener los siguientes formularios en archivo en la Oficina de Salud Escolar antes de poder administrar el medicamento. Tenemos que tener:

1. **"Permiso de Padres para Administrar Medicamento" Firmado**
2. **"Orden del Medicamento" firmado por: Médico, Enfermera Práctica, o Asistente médico (esto incluye medicamentos que no necesitan recetas)**
3. **El medicamento tiene que ser entregado a la escuela por un adulto en un envase claramente rotulado de la farmacia**
4. *****Favor de notar** que una enfermera licenciada dará el medicamento a su hijo(a) hasta que la enfermera graduada determine que él o ella puede "hacerlo por sí mismo." Esto significa que su hijo(a) entiende que medicamento tomar, la dosis, el tiempo correcto, qué ocurre si no se toma el medicamento, y que rechazaría el medicamento si ve que algo no parece estar correcto. Una vez su hijo(a) puede hacerlo por sí mismo, la enfermera graduada instruirá a la Ayudante de Salud Escolar acerca del medicamento. La Ayudante de Salud Escolar entonces supervisará al estudiante que puede tomar el medicamento por sí mismo.

Debe ser Completado por los Padres

Doy mi permiso para que los medicamentos sean administrados a mi hijo(a) según lo ordenado por el proveedor de cuidado de salud. Proporcionaré el medicamento en el envase original de la farmacia, debidamente etiquetado con las indicaciones y dosis, o el envase/empaque original del medicamento sin receta con el nombre de mi hijo(a).

Firma de Padres/Tutor: _____ Fecha: _____

de hogar: _____ # de trabajo: _____ #de celular: _____

Enfermera(o): _____ Oficina: _____ Fax: _____

Devuelva formulario completado a la ENFERMERA(O) en la escuela que asiste el niño(a).

Padres notificados del cambio de Medicamentos: Fecha: _____ Firma de RN: _____