



LSDVI Centro de salud para los estudiantes

FORMULARIO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

(DEBE SER COMPLETADO POR EL PROFESIONAL AUTORIZADO DE LOS ESTADOS DE LA, TX, AR, O MS)

En algunos casos, los medicamentos serán administrados por personal de la escuela capacitado pero sin licencia médica.

PARTE 1: PARA RELLENAR POR EL PADRE O TUTOR LEGAL

Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento:
Escuela:	Grado:

PARTE 2: PARA RELLENAR POR EL MÉDICO AUTORIZADO *(un formulario por cada medicamento solicitado)*

- Diagnóstico(s)/Código(s) ICD importante(s):
- Estado de salud general del alumno:
- Medicación:

Potencia de la medicación:	Dosis (cantidad a administrar):
Marque la forma de administración: <input type="checkbox"/> Por vía oral <input type="checkbox"/> Inhalada <input type="checkbox"/> Tópica <input type="checkbox"/> Subcutánea <input type="checkbox"/> Intramuscular <input type="checkbox"/> Otra:	
Frecuencia:	Horario de cada dosis:

Las instrucciones de medicación escolar se limitarán a la medicación que no pueda administrarse antes o después del horario escolar. En caso de circunstancias especiales, la enfermera de la escuela deberá aprobarlo.
- La administración de esta medicación es hasta el final del período escolar a menos que se especifique lo contrario: Otro:
- Efecto deseado:
- Posibles efectos secundarios de la medicación:
- Cualquier contraindicación para la administración de la medicación:
- Otros medicamentos que esté tomando el alumno cuando no esté en la escuela:
- Próxima consulta con el médico que la prescribe:
- Es esta medicación necesaria en las excursiones escolares: sí no
(puede incluir viajes del colegio con estancia nocturna por varios días consecutivos o fines de semana)

Nombre del prescriptor (en letra de molde)	Dirección	Números de teléfono y fax
--	-----------	---------------------------

Firma del prescriptor	Credenciales (por ejemplo, MD, NP, DDS)	Fecha
-----------------------	---	-------

Cualquier cambio futuro en las instrucciones para la administración de la medicación necesita de un nuevo formulario. Las instrucciones para la interrupción también deben ser por escrito. Podemos aceptar las instrucciones enviadas por correo electrónico o fax; sin embargo, los originales deben ser entregados o enviados por correo al Centro de Salud de los Estudiantes 2888 Brightside Lane Baton Rouge, LA 70820.

AVISO: Se necesita copia del plan de actuación en caso de emergencia para medicamentos de emergencia.*

Medicamentos inhalables / de emergencia Formulario de autorización para que los estudiantes puedan llevar medicamentos

Utilice este espacio sólo para los estudiantes que vayan a tomar medicamentos ellos mismos como el inhalador para el asma.

- ¿El estudiante puede aprender a tomar los medicamentos él/ella mismo/a? sí no
- ¿Ha sido este alumno debidamente instruido por usted o por su personal y ha demostrado tener competencia para poder tomar la medicación por sí mismo, y de poder tomar su medicación en la escuela, siempre que la enfermera escolar haya determinado que es seguro y apropiado para este alumno en su entorno escolar en particular?
 sí no
- Si no ha habido formación, ¿puede la enfermera de la escuela enseñar al alumno? sí no

Firma del médico autorizado	Fecha
-----------------------------	-------