



# Prescripción Médica

## Permiso para la Administración de la Escuela

*Este documento debe ser completado por el médico y el padre/tutor legal.*

Tenga en cuenta lo siguiente:

1. El medicamento debe ser llevada a la enfermera de la escuela por un adulto responsable. (No enviar con un niño.)
2. El medicamento debe ser administrado por un padre/tutor antes o después del horario escolar, cuando sea posible.
3. Todos los medicamentos recetados deben proporcionarse a la escuela en un contenedor original, con etiqueta original, emitido por el farmacéutico que surtió la receta y acompañado por este formulario.
4. Las dosis iniciales de un medicamento que un niño nunca ha tomado antes no deben administrarse primero en la escuela.
5. El BCSD puede rechazar las solicitudes de ciertos medicamentos que se administrarán en la escuela.
6. Este formulario se aplicará si el niño se transfiere a otra escuela dentro de BCSD.

<b>Nombre completo del niño:</b>		<b>Fecha de Nacimiento:</b>	<b>Genero:</b> <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
<b>Grado:</b>	<b>Professor de aula:</b>	<b>Nombre de la escuela:</b>	

**Section below must be completed by the Child's Health Care Provider:**

<b>Name of Prescribed Medication:</b>		<b>Purpose for Medication:</b>	
<b>Prescribed Dose:</b>	<b>Prescribed Route:</b>	<b>Controlled Substance:</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<b>Special Storage Required:</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes _____
<b>Time of day Medication is to be given at school:</b> <small>(Please specify preferred time. "Lunch" times vary from 10:30am-1:30pm)</small>		<b>Number of days medication will be given at school:</b> <input type="checkbox"/> until the end of the current school year <input type="checkbox"/> _____ day(s) <input type="checkbox"/> _____ week(s)	

**List possible side effects from this medication:**

**Does this child have any known allergies?**     No     Yes (If yes, list all known allergies and reactions)

**Child's Health Care Provider's Name and Office Address (print or stamp):**

**Office Phone:** \_\_\_\_\_

**Office Fax:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Health Care Provider's Signature**                      **Date**

**La Sección a continuación debe ser completada por el padre/tutor legal:**

Estoy de acuerdo con todo lo siguiente:

- Doy permiso para que mi hijo reciba el medicación según la receta cuando en la escuela.
- Doy permiso para que la enfermera de la escuela de BCSD o el empleado designado de BCSD se comunique con el recetador, con el farmacéutico que surtió la receta o con su representante para hablar sobre este medicamento y la salud de mi hijo.
- Doy permiso para que el proveedor de atención médica, el farmacéutico y su persona designada proporcionen información sobre este medicamento y la salud de mi hijo a la enfermera o el administrador de la escuela del BCSD.
- Además, doy mi permiso para que la información sobre mi hijo se comparta con personas que legítimamente necesitan saber sobre la seguridad y el bienestar de mi hijo.
- Acepto seguir las reglas del BCSD con respecto a los medicamentos.
- Estoy de acuerdo en que el medicamento se administrará según la política del BCSD.
- Estoy de acuerdo en que soy responsable de proporcionar a la escuela los medicamentos y todos los utiles necesarios para mi hijo.
- Acepto que soy responsable de notificar a la escuela si los medicamentos de mi hijo cambian de alguna manera.

\_\_\_\_\_ **Nombre del padre/tutor**

\_\_\_\_\_ **Firma del padre/tutor**

\_\_\_\_\_ **Fecha**

\_\_\_\_\_ **Teléfono durante el día**