

**Plan de administración de medicamentos**

La administración de medicamentos en la escuela está regulada por MGL Ch. 71 Sec. 54B, 105 CMR 210.000 y políticas de SPS. Debe completar este formulario para la administración de medicamentos en la escuela y en eventos escolares. Todos los medicamentos deben ser entregados a la enfermera de la escuela por el padre/tutor en el envase etiquetado de la farmacia con una orden actual del médico y, si es necesario, un plan de acción de emergencia.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del estudiante Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de los padres/tutores Números de teléfono de los padres/tutores

Alergias del estudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Le han recetado epinefrina? Sí⃞ No⃞

Si es alérgico al HUEVO, la SOJA, la LECHE o el TRIGO y va a comer en la escuela, deberá completar el Formulario *de Solicitud de Dieta Especial* y entregarlo a la enfermera del colegio.

Si es alérgico al HUEVO, ¿puede consumir huevo como ingrediente en productos de panadería? Sí ⃞No⃞

Nombre de la medicación que debe tomar en la escuela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Este medicamento se administra para: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dosis\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tiempo/Frecuencia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vía\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y número de teléfono del prescriptor autorizado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Otros medicamentos que toma en casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Información adicional para la enfermera escolar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sí No El estudiante necesita la medicación mencionada en las excursiones (la administrará la enfermera o un miembro del personal capacitado).

Sí No El estudiante requiere la medicación anterior en los días de salida temprana (medios días)

Sí No El estudiante puede llevar consigo y auto administrarse un inhalador de rescate para el asma, auto inyector de epinefrina (Epi-Pen©),Enzimas para la fibrosis quística, insulina y dispositivo de control de la glucosa si la enfermera escolar lo considera seguro y apropiado.

* Deberá completar el formulario de autoadministración y coordinar con la enfermera de la escuela.

He leído y revisado este plan de administración de medicamentos y acepto que se comparta con el personal de la escuela según sea necesario para la salud y seguridad de mi estudiante. Sí □ No □

Doy permiso para que la enfermera de la escuela de mi estudiante se ponga en contacto con el médico prescriptor en caso de necesitar más información o aclaraciones. Sí □No □

Doy mi consentimiento para que la enfermera de la escuela administre, o supervise la administración de la medicación de mi estudiante en la escuela y en eventos patrocinados por la escuela. Sí □ No □

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Firma del padre/madre/tutor) Fecha

Nota: Los cambios de dosis requieren órdenes médicas actualizadas. Las nuevas dosis o medicamentos deben empezarse en casa antes de administrarlas en la escuela. Los padres pueden retirar la medicación en cualquier momento. Los medicamentos que no se recojan al final del año se desecharán de acuerdo con la ley estatal.