DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE RACINE
SOLICITUD DE MEDICAMENTO DEL(DE LA) RECETADOR(A)

Nombre de Estudiante: _____Fecha de Nacimiento ____/____/____Escuela: _____
Por favor en letras de molde

Domicilio del Estudiante: _____Numero de Teléfono Durante el Día: _____

AUTORIZACIÓN DEL PADRE/TUTOR

_____ _____ _____
Nombre del Medicamento (Por favor en letras de molde) **Dosis** **Hora(s) de Administración**

Inhaladores de Rescate para la Asma:

Mi hijo(a) puede cargar y autoadministrarse el inhalador de rescate para la asma solicitada arriba mencionado. ☐ SI ☐ NO

Auto inyección de Epinefrina:

Mi hijo(a) puede cargar y autoadministrarse la auto inyección de epinefrina solicitada arriba mencionado. ☐ SI ☐ NO

Solo los Estudiantes de los Grados 9-12:

Mi hijo(a) puede cargar y autoadministrarse el medicamento no-narcótico solicitado arriba mencionado. ☐ SI ☐ NO

Yo, el padre/tutor del estudiante arriba mencionado, solicito que los medicamentos anotados arriba pueden ser administrados en la escuela. Yo le avisare a la escuela por escrito si hay algún cambio o cancelación de el medicamento. Yo entiendo que los estudiantes no pueden cagar o autoadministrarse narcóticos o sustancias controlados de nivel II. El Distrito Escolar Unificado de Racine tiene mi permiso para contactar al(a la) recetador(a) respecto a este medicamento. Yo autorizo la divulgación de esta información sobre la administrción de este medicamento al personal escolar apropiado y a los maestros de los salones de clases quienes tienen la necesidad de saberlo.

Firma de Padre/Tutor: _____ Fecha: _____/_____/_____

AUTORIZACIÓN DEL RECETADOR

_____ _____ _____
Nombre del Medicamento (Por favor en letras de molde) **Dosis** **Hora(s) de Administración**

Administrar por: El año escolar entero: _____ Escuela de Verano: _____ Desde _____Hasta _____

Razón de dar el medicamento en la escuela: _____

Efectos secundarios o contraindicaciones: _____

Si es PRN, indicaciones de uso: _____

Si es PRN, acciones después de administrarse (si hace falta):_____

AUTOADMINISTRACIÓN DEL MEDICAMENTO RECETADO: Rellene si es aplicable

☐ SI – Es mi opinión profesional que el estudiante puede cargar y autoadministrarse el inhalador de rescate para asma recetado arriba mencionado.

☐ SI – Es mi opinión profesional que el estudiante puede cargar y autoadministrarse la autoinyección de epinefrina recetado arriba mencionado.

☐ SI – **Solo los Estudiantes de los Grados 9-12** Es mi opinión profesional que el estudiante puede cargar y autoadministrarse el medicamento no-narcótico arriba mencionado. (Estudiantes no podrán cargar o autoadministrarse narcóticos sustancias controladas Nivel II)

☐ NO – Es mi opinión profesional que el estudiante no debe de cargar o autoadministrarse el medicamento recetado arriba mencionado.

DESCONTINUAR UN MEDICAMENTO ANTERIORMENTE RECETADO: Rellene si es aplicable

Por favor de discontinuar la administración de el medicamento listado abajo:

_____ _____ _____
Nombre del Medicamento Discontinuado (Por favor en letras de molde) **Dosis** **Hora(s) de Administración**

Yo autorizo la administración de este medicamento a el estudiante nombrado arriba. Yo estoy de acuerdo ser contactado(a) por el(la) Enfermero(a) RN (conocido como Enfermero(a) Registrado(a)) de la escuela del Distrito Escolar Unificado de Racine a como sea necesitado tocante a este medicamento.

_____ _____ _____/_____/_____
Firma del(de la) Recetador(a) **Nombre del REcetador(a) (Por favor en letras de molde)** **Fecha**

NORMA Y PROCEDIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA
Adoptado de la Norma 5151.6 – Administración de Medicamento en la Escuela

MEDICAMENTOS RECETADOS

Medicamentos recetados solo pueden administrarse por el personal del distrito escolar con el consentimiento por escrito de AMBOS el padre/tutor y un(a) recetador(a) licenciado(a).

Etiquetar, Almacenar, y Transportar Medicamentos a la Escuela:

El padre/tutor provee el medicamento de receta en un recipiente etiquetado de la farmacia. La etiqueta se debe poder leer fácilmente. No se aceptaran bolsitas de plástico de sándwiches ni otro tipo de recipiente inseguro. La etiqueta debe tener la siguiente información:

- Nombre complete del niño(a)
- Nombre del medicamento la cual corresponde con el nombre en el formulario de la *Solicitud de Medicamento Del Recetador*
- El dosis actual del medicamento
- Hora(s) o frecuencia de administración
- Nombre del (de la) Recetador(a)

El medicamento administrado por el personal escolar del distrito se guarda en una área cerrada con llave en la escuela. El almacenaje de los medicamentos de autoadministración será aprobado por el(la) director(a) de la escuela y el(la) enfermero(a) escolar en colaboración con el(la) estudiante, la familia y cualquier otro(a) personal escolar apropiado(a).

Para la seguridad del estudiante y de otros, un adulto debe traer el medicamento a la escuela. Cualquier otro arreglo para transportar el medicamento a la escuela necesita la aprobación del(de la) director(a) de la escuela y el(la) enfermero(a) escolar.

Medicamento Sin Usarse:

Al final del año escolar o cuando el medicamento sea discontinuado, a los padres/tutores se les pedirá por escrito que vengan a la escuela para recoger el medicamento sin usarse. Cualquier otro arreglo para transporter el medicamento a casa necesita la aprobación por escrito del(de la) director(a) de la escuela y el(la) enfermero(a) escolar. Cualquier medicamento no reclamado el ultimo día de escuela o por instrucción por escrito departe de el padre/tutor será destrozado en una manera ambientemente seguro.

Autoadministración del Medicamento por los Estudiantes:

De acuerdo con el Estatuto de Wisconsin 118.29(1) *Posesión y uso de inhaladores de dosis medidas para el asma,*cualquier estudiante a pesar de la edad puede cargar y autoadministrarse inhaladores de rescate para la asma con un consentimiento por escrito archivado en la escuela departe de AMBOS el padre/tutor y del (de la) recetador(a) licenciado(a) indicando que en el opinión de ellos el estudiante es consciente del medicamento y capaz de autoadministrarse.

De acuerdo con el Estatuto de Wisconsin 118.29(2)(1v) *Posesión y uso de sistemas de auto-inyección de epinefrina de uso en reacciones de alergias graves y anafilaxis*, cualquier estudiante a pesar de la edad puede cargar y autoadministrarse la auto inyección de epinefrina con un consentimiento por escrito archivado en la escuela departe de AMBOS el padre/tutor y del (de la) recetador(a) licenciado(a) indicando que en el opinión de ellos el estudiantes es consciente del medicamento y capaz de autoadministrarse.

Solo los estudiantes de los grados 9-12 pueden cargar y autoadministrarse medicamento recetado no narcótic cuando un formulario de Solicitud de Medicamento del Recetador esta archivado en la escuela firmado por ambos el padre/tutor y el(la) recetador(a) licenciado(a) indicando que en el opinion de ellos el estudiante es consciente del medicamento y capaz de autoadministrarse.

Los estudiantes no podrán cargar y autoadministrarse medicamentos narcóticos o Sustancias Controladas de Nivel II.

Un personal escolar del distrito puede prohibir el autoadministración de medicamento si en buena fe cree que el medicamento se usa, almacena impropiamente, o que no se cumple con los requerimientos de la norma del distrito escolar. El padre/tutor será inmediatamente avisado de esta decisión por el(la) director(a) de la escuela.

Por favor dirija cualquier pregunta especto a la administración de medicamento a el(la) director(a) de la escuela, el(la) enfermero(a) registrado(a) escolar o el(la) supervisor(a) de los servicios de salud.