Distrito Escolar Unificado de Racine
SOLICITUD DE MEDICAMENTO SIN RECETA

Nombre de Estudiante: _____Fecha de Nacimiento____/____/___Escuela: _____
Por favor en letras de molde

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

NORMAS PARA LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS SIN RECETA

De acuerdo con el Estatuto de Wisconsin 118.29(1) El padre/tutor del estudiante puede hacer una solicitud por escrito para la administración de medicamento sin receta en la escuela. Un medicamento sin receta es definido por el Estatuto como "cualquier producto de droga no-narcótico cual puede ser vendido sin orden de receta y cual está pre-empaquetado para el uso del consumidor y etiquetado de acuerdo con los requisitos de la ley estatal y federal.

El Estatuto de Wisconsin 118.29(1) indica que el medicamento sin receta:

- Debe estar cerrado y en el paquete original del fabricante.
- El paquete debe listar los ingredientes del medicamento y el dosis terapéutico recomendado por la Administración de Alimentos y Drogas.
- La etiqueta del paquete debe ser leíble.

El personal del Distrito Escolar Unificado de Racine (conocido como RUSD) solo administrará el dosis terapéutico a como está recomendado en la etiqueta del medicamento sin receta. Para la seguridad del estudiante, un formulario de solicitud por escrito departe de el padre/tutor y un(a) recetador(a) licenciado(a) usando el formulario de RUSD de Solicitud de Medicamento del(de la) Recetador(a) es requerido sí:

- El dosis es diferente al dosis terapéutico recomendado que se encuentra en la etiqueta del paquete.
- El medicamento sin receta es solicitado para que se de en combinación con otros medicamentos sin receta.

Administración de sustancias que no son aprobados por la Administración de Alimentos y Drogas (ejemplo: productos naturales, complementos de comida), deben ser solicitados por escrito por el padre/tutor del estudiante y de un(a) recetador(a) licenciado(a) usando el formulario de RUSD de *Solicitud de Medicamento del(de la) Recetador(a).*

Por el Estatuto de Wisconsin ningún personal del distrito escolar, excepto un profesional de el cuidado de salud, puede ser requerido(a) para administrar el medicamento a un estudiante de cualquier modo que sea más que el de ingestión oral.

Sí el medicamento se da a como "sea necesario", un intento de buena fe se hará para contactar a el padre/tutor para ayudar a asegurar que no se le dio el medicamento al estudiante antes de venir a la escuela. El padre/tutor del estudiante recibirá por escrito una notificación si es que el medicamento sin receta es administrado "a como sea necesario" en la escuela.

Autoadministración del medicamento:: **Solo los estudiantes de los grados 9-12** pueden cargar y autoadministrarse el medicamento sin receta cuando un formulario de *Solicitud de Medicamento Sin Recetada* está archivado en la escuela asignada por el padre/tutor declarando que en su opinión el estudiante es capaz de hacerlo. Sí el estudiante carga y se autoadministra el medicamento en la escuela sin que el formulario archivado éste apropiadamente rellenado, ellos estarán en violación de la norma del abuso de drogas del distrito escolar. El permiso para autoadministrarse el medicamento puede ser rescindido si en buena fe cree el director(a) y el(la) enfermero(a) escolar que el medicamento se está usando o almacenando inapropiadamente.

AUTORIZACIÓN DE PADRES/TUTORES PARA LA ADMINSTRACIÓN DE MEDICAMENTO SIN RECATA

Nombre de Medicamento_____ Dosis: _____Hora(s) de Administración: _____
Por favor en letras de Molde

Razón de dar el medicamento en la Escuela:_____

Padres/Tutores Número de Teléfono Durante el Día: _____

Segundo Número de Teléfono Durante el Día: _____

Solo los Estudiantes de los Grados 9-12: Mi hijo(a) puede cargar y autoadministrarse el medicamento 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 entiendo que esta solicitud es solo para el año escolar actual. Yo he leído y entiendo la norma de información en este formulario. Yo autorizo la divulgación de esta información sobre la administración 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:: _____/_____/_____