****

**ESCUELAS PÚBLICAS DE HAVERHILL**

**Consentimiento de los padres/tutores y administración de medicamentos Plan de**

Nombre del estudiante: \_\_\_ sexo: \_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_

La escuela: grado \_\_\_: \_\_\_ año de graduación: \_\_\_

Diagnóstico: alergia a alimentos/medicamentos \_\_\_: \_\_\_

Otros medicamentos tomados por estudiante: \_\_\_

Padre o tutor nombre: \_\_\_ casa Teléfono: teléfono de trabajo \_\_\_: \_\_\_

Nombre del prescriptor autorizado: teléfono de la empresa \_\_\_: \_\_\_

**En caso de emergencia, si el padre no está disponible, por favor notificar:**

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telephone #:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**Doy mi permiso para que la enfermera de la escuela o personal escolar designado para dar los siguientes**

**medicación a mi hijo durante el horario escolar.**

**Nombre del medicamento:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fecha de Inicio:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fecha de finalización:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dosis:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Vía:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Frecuencia:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Tiempo:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Specific Directions: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Posibles efectos secundarios de la medicación: \_\_\_**

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**Seguimiento de la medicación**

**Datos de producto obtenido/descartado**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha |  |  |  |  |  | Fecha |  |
| Cantidad |  |  |  |  |  | Cantidad |  |
| Haría con REC |  |  |  |  |  | Obtenido por |  |
| Entregado por |  |  |  |  |  | Desechados por |  |

Requiere condiciones de almacenamiento: \_\_\_

Plan for field trips: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Plan de seguimiento de medicación, si es necesario: \_\_\_

Doy permiso a la enfermera de la escuela a compartir con información del personal apropiado de la escuela en relación con la administración de medicación prescrita, por ejemplo, los efectos secundarios adversos, como él/ella determina necesario para mi hijo / hija de salud y seguridad. \_\_\_SI \_\_\_NO

Entiendo que puedo recuperar la medicina de la escuela en cualquier momento y que la medicina se descartarán si no es recogido dentro de una semana después de la terminación de la orden o el último día de escuela.

Doy mi consentimiento para que las formas de este medicamento presentado en registro de salud de mi hijo. \_\_\_SI \_\_\_NO

Quiero formas de este medicamento de salud registro \_\_\_Si \_\_\_NO mi hijo

Firma del padre/tutor: firma de la enfermera de la escuela \_\_\_: \_\_\_

Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Revisado junio de 2015