

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA MEDICAMENTOS/FÁRMACOS O TRATAMIENTO CON Y/O SIN RECETA

(Incluido el uso de inhaladores para el asma y autoinyectores de epinefrina)

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN ES NECESARIA PARA TODO ESTUDIANTE QUE TENGA EN SU PODER O USE MEDICAMENTOS RECETADOS O SIN RECETA, O PARA RECIBIR TRATAMIENTO EN LA ESCUELA.

Información del estudiante (El padre, madre o tutor legal debe completar esta sección). DEBEN COMPLETARSE TODOS LOS ESPACIOS.

Nombre del estudiante				Fecha de nacimiento	
Dirección del estudiante			Nombre del padre o madre		
Campus Butler Tech	Año escolar	Grado / Clase	Correo electrónico del padre, madre o tutor	Teléfono del padre o madre	
Enumere cualquier alergia/reacción conocida a fármacos					

Autorización de quien receta (El médico debe completar esta sección).

Nombre del medicamento	Fecha de la autorización		
Dosis	Vía	Horario / Intervalo (Se debe dar - a mediodía, según sea necesario [PRN], con el almuerzo)	
Fecha de inicio de la medicación	Fecha de finalización de la medicación		
Circunstancias para el uso			
Instrucciones especiales <input type="checkbox"/> Marque si corresponde. Para salidas con estadía por la noche - Puede administrarse el medicamento según lo recetado			
Tratamiento en caso de una reacción adversa			
Autoinyector de epinefrina <input type="checkbox"/> No corresponde <input type="checkbox"/> Sí, como persona que receta el medicamento, determiné que este estudiante puede tener en su posesión y usar este autoinyector de modo adecuado y le proporcioné capacitación en el uso adecuado del mismo.			
Inhalador para el asma <input type="checkbox"/> No corresponde <input type="checkbox"/> Sí, si se cumplen las condiciones de ORC 3317.716, el estudiante puede tener en su posesión y usar en la escuela o cualquier actividad, evento o programa patrocinado por o en el que la escuela del estudiante es un participante			
Procedimientos para los empleados de la escuela si el estudiante no puede administrar el medicamento o no le produce el alivio esperado			
Posibles reacciones adversas graves según ORC 3317.0.716 y 3313.718 a) Para el estudiante a quien se receta (que deben reportarse a quien lo recetó) b) Para un estudiante al que no le fue recetado y recibe una dosis			
Otras instrucciones de medicamentos ¿El medicamento requiere refrigeración? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿El medicamento es una sustancia controlada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Firma de quien emite la receta	Nombre del consultorio	Teléfono	Fax
Nombre de quien emite la receta (en imprenta)			
Nota recordatoria para quien emite la receta: ORC 3313.718 requiere un autoinyector de epinefrina de respaldo y las mejores prácticas recomiendan un inhalador de asma de respaldo.			

Autorización del padre, madre o tutor

Solicito al personal de la escuela que administre u observe el medicamento según las instrucciones (incluidas las excursiones nocturnas si corresponde) y acepto entregar el medicamento a la escuela en el envase original y notificar a la escuela en caso de un cambio de médico o medicamento. Autorizo a la enfermera escolar del distrito a hablar con quién emitió la receta o farmacéutico para aclarar la orden del medicamento. Entiendo que es responsabilidad del estudiante presentarse a tiempo para este medicamento. Entiendo que si el médico ordena un medicamento de emergencia para la autoadministración, debo proporcionar un segundo medicamento de emergencia para almacenarlo en la clínica del estudiante (en caso de que el estudiante olvide el suyo) y que el estudiante debe informar el uso del medicamento de emergencia a la enfermera de la escuela para la evaluación de la eficacia. Acepto mantener a Butler Tech y sus empleados libres de toda responsabilidad por la administración de medicamentos.			
Firma del padre, madre o tutor	Fecha	Teléfono de contacto N.º 1	Teléfono de contacto N.º 2

Autorización del padre, madre o tutor para autotransporte

Como padre, madre o tutor de este estudiante, autorizo a mi hijo a poseer y usar un autoinyector de epinefrina/inhalador de albuterol (encierre en un círculo lo que corresponda), según lo recetado, en la escuela y en cualquier actividad, evento o programa patrocinado por o en el que la escuela del estudiante es un participante. Entiendo que un empleado de la escuela solicitará inmediatamente la asistencia de un proveedor de servicios médicos de emergencia si se administra epinefrina/glucagón/rescate de convulsiones. Proporcionaré una dosis de respaldo del medicamento de emergencia al director de la escuela o a la enfermera según lo exija la ley y daré permiso para que el personal escolar designado administre (encierre en un círculo lo que corresponda) epinefrina/albuterol/glucagón/rescate de convulsiones en caso de que mi hijo no pueda hacerlo. Acepto mantener a Butler Tech y sus empleados libres de toda responsabilidad por la administración de medicamentos.			
Firma del padre, madre o tutor	Fecha	Teléfono de contacto N.º 1	Teléfono de contacto N.º 2