

PETICIÓN PARA AUTOADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS CON AYUDA: MEDICAMENTOS RECETADOS Y NO RECETADOS

Se requiere que las peticiones de permiso para que un estudiante se administre su propio medicamento durante las horas escolares se presenten, por medio de este documento, al director de la escuela. **La consideración de esta solicitud se basará en las pautas de salud escolar.** Conteste todos los renglones. Solamente los formularios completamente llenados se considerarán.

Escuela _____	Horas escolares _____	Maestro _____	Grado _____
Nombre del estudiante _____		Fecha de nacimiento ____/____/____	
Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	mes día año
Domicilio _____		Teléfono _____	
Condiciones médicas (opcional) _____		Celular _____	

DECLARACIÓN DEL PROVEEDOR DE CUIDADO DE SALUD

El proveedor de cuidado de salud puede ser un médico (MD, DO, por sus siglas en inglés), dentista (DDS), médico auxiliar practicante (PA) o enfermero diplomado/clínico avanzado (APRN, NP). **Un proveedor de cuidado de salud debe llenar esta sección. Se requiere un nuevo formulario cada año escolar. Si se trata de medicamento no recetado, el padre, madre o tutor tiene que llenarlo.**

Nombre del medicamento/propósito del medicamento _____
Fecha de uso inicial _____ hasta _____

Dosis y veces que usará el medicamento en la escuela _____

¿Es absolutamente necesario usar este medicamento durante las horas escolares? ____ sí ____ no Si la respuesta es sí, explique.

Si la dosis de este medicamento difiere a la gama recomendada por el fabricante, _____
según la edad o peso, incluya la razón por la cual la está recetando fuera de _____
dichas recomendaciones. _____

Instrucciones especiales respecto al almacenaje y manejo _____

Riesgos secundarios posibles _____

Nombre del proveedor de cuidado de salud _____ Teléfono _____

Dirección _____

Firma del proveedor de cuidado de salud _____ Fecha _____

(para medicamentos recetados) Según HIPAA 45 C.F.R. §164.506 y § 1654.501, puedo divulgar datos de salud protegidos respecto a las actividades de tratamiento a implementar para este estudiante por las Escuelas Públicas Metropolitanas de Nashville y el programa de enfermeras escolares.

DECLARACIONES DEL ESTUDIANTE Y PADRE, MADRE O TUTOR

Me responsabilizo completamente de tomar mi propio medicamento durante las horas escolares, tal como me ha recetado mi proveedor de cuidado de salud. Los frascos de medicina tendrán la etiqueta apropiada de farmacia. Si es medicamento de venta sin receta médica, tiene que estar en su recipiente original.

Firma del estudiante _____ Fecha _____

Doy permiso a mi hijo (nombre) _____ para tomar su propio medicamento durante el día escolar, con la ayuda del personal escolar, si es necesario.

Estoy de acuerdo que el sistema de Escuelas Públicas Metropolitanas de Nashville (MNPS, por sus siglas en inglés), sus empleados y agentes no serán responsables por ninguna lesión ocasionada por la posesión ni autoadministración del medicamento descrito arriba mientras esté en propiedad escolar o en un evento relacionado con la escuela. Indemnizaré y liberaré de toda responsabilidad a MNPS, sus empleados y agentes contra reclamos contra la posesión y autoadministración del medicamento arriba mencionado por mi hijo estudiante. Entiendo que todos los medicamentos provistos a la escuela para ser usados deben estar en su frasco original, y los medicamentos recetados también deben tener la etiqueta del farmacéutico. Comprendo que, para ayudar de manera apropiada, el programa de enfermeras escolares puede requerir clarificación del médico para ayudarles con las actividades de tratamiento que he pedido. Entiendo que el médico puede divulgar información de salud protegida cuando consulte con la enfermera escolar.

Mi hijo está apto para administrarse el medicamento con ayuda. ____ sí ____ no (Marque uno)

Firma del padre, madre o tutor _____ Fecha _____

Número de teléfono (en caso de emergencia) _____