

DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE 196  
Escuelas Públicas de Rosemount-Apple Valley-Eagan  
*Educando a nuestros estudiantes para que alcancen su máximo potencial*

Número de serie 506.2.2.1P Adoptado en diciembre de 1987 Revisado en abril de 2015

**Título Autorización para la Administración de Medicamentos Recetados en la Escuela**  
**Formulario de Autorización de Medicamentos (ECSE - Grado 12)**

Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Año escolar \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Alergias \_\_\_\_\_

**NOTA: Los medicamentos deben suministrarse en el frasco de prescripción original etiquetado.**  
**\*No se administrarán analgésicos narcóticos durante el día escolar a menos que lo autorice un médico.**

Medicamento	ICD-10/Condición médica	Dosis	Hora	Ruta	Posibles efectos secundarios
1.					
2.					
3.					

Otras consideraciones/direcciones \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 firma del médico/recetador autorizado

\_\_\_\_\_  
 nombre del médico/recetador autorizado

\_\_\_\_\_  
 fecha

\_\_\_\_\_  
 nombre de la clínica

\_\_\_\_\_  
 teléfono de la clínica

\_\_\_\_\_  
 fax de la clínica

**Autorización del Padre/Madre/Tutor**

1. Solicito que el/los medicamento/s mencionados anteriormente se administren durante el horario escolar según lo indique el médico/recetador autorizado de mi estudiante. También solicito que se administre/n el/los medicamento/s en las excursiones según lo prescrito.
2. Notificaré a la escuela sobre cualquier cambio en el/los medicamento/s, es decir, cambio de dosis, suspensión del medicamento, etc.
3. Doy permiso para que el/los medicamento/s sea/n administrado/s por personal escolar capacitado cuando sea delegado por la enfermera de la escuela en su ausencia.

\_\_\_\_\_  
 firma del

\_\_\_\_\_  
 fecha

\_\_\_\_\_  
 relación con el/la

**Permiso para Divulgar Información**

1. Doy permiso para que la enfermera de la escuela se comunique, según sea necesario, con el personal de la escuela sobre la condición médica de mi hijo/a y la acción del/ de los medicamento/s.
2. Doy permiso para que la enfermera de la escuela consulte con el médico/recetador autorizado de mi hijo/a sobre cualquier pregunta con respecto al/a los medicamento/s enumerado/s o la/s afección/es médica/s que se tratan con medicación/es.
3. Doy permiso al médico/prescriptor con licencia para divulgar información relacionada con el/los

\_\_\_\_\_  
 firma del

\_\_\_\_\_  
 fecha

\_\_\_\_\_  
 relación con el/la

Enviar a \_\_\_\_\_  
 Enfermera Registrada (RN),

teléfono \_\_\_\_\_

fax \_\_\_\_\_