

## DISTRITO ESCOLAR DE RACINE SOLICITUD DE MEDICAMENTO POR UN MÉDICO

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_  
(Por favor en letras de molde)

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ Clínica/Hospital: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### AUTORIZACIÓN DEL PADRE/TUTOR

Nombre del Medicamento (Por favor en letras de molde)	Dosis	Hora(s) de Administración
---	-------	---------------------------

**Inhaladores de Rescate para la Asma:**

Mi hijo(a) puede cargar y administrarse el inhalador de rescate para el asma anteriormente mencionado.  SI  NO

**Epinefrina:** Mi hijo(a) puede cargar y administrarse la epinefrina anteriormente mencionada.  SI  NO

**Solo los Estudiantes en Grados 9-12:**

Mi hijo(a) puede cargar y administrarse el medicamento no-narcótico anteriormente mencionado.  SI  NO

Yo, el padre/tutor del estudiante arriba mencionado, solicito que los medicamentos anotados arriba puedan ser administrados en la escuela. Yo le avisaré a la escuela por escrito si hay algún cambio o cancelación del medicamento. Yo entiendo que los estudiantes no pueden cargar o administrarse narcóticos o sustancias controladas de nivel II. El Distrito Escolar Unificado de Racine tiene mi permiso para contactar al(a) recetador(a) respecto a este medicamento. 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: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO

Nombre del Medicamento (Por favor en letras de molde)	Dosis	Hora(s) de Administración
---	-------	---------------------------

Administrar por:  El año escolar entero / Escuela de Verano  Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_

Razón de dar el medicamento en la escuela: \_\_\_\_\_

Efectos secundarios o contraindicaciones: \_\_\_\_\_

Si es PRN, indicaciones de uso: \_\_\_\_\_

Si es PRN, acciones después de administrarse (si hace falta): \_\_\_\_\_

**ADMINISTRACIÓN A SÍ MISMO DEL MEDICAMENTO RECETADO: Rellene si es aplicable**

- SI – Es mi opinión profesional que el estudiante puede cargar y administrarse el inhalador de rescate para asma arriba mencionado.
- SI – Es mi opinión profesional que el estudiante puede cargar y administrarse la epinefrina recetada arriba mencionado.
- SI – **Solo los Estudiantes en los Grados 9-12:** Es mi opinión profesional que el estudiante puede cargar y administrarse el medicamento no-narcótico arriba mencionado. (Estudiantes no podrán cargar o administrarse narcóticos sustancias controladas Nivel II)
- NO – Es mi opinión profesional que el estudiante no debe de cargar o autoadministrarse el medicamento recetado arriba mencionado.

Yo autorizo la administración de este medicamento al estudiante nombrado arriba. Estoy de acuerdo con ser contactado(a) por el(la) Enfermero(a) RN (conocido como Enfermero(a) Registrado(a)) de la escuela del Distrito Escolar Unificado de Racine a como sea necesitado tocante a este medicamento.

Firma del Médico	Nombre del Médico (Por favor en letras de molde)	Fecha
------------------	--	-------

**DESCONTINUAR UN MEDICAMENTO ANTERIORMENTE RECETADO: Rellene si es aplicable**

Nombre del Medicamento Descontinuado (Por favor en letras de molde)	Dosis	Hora(s) de Administración
---	-------	---------------------------

Firma del Médico	Nombre del Médico (Por favor en letras de molde)	Fecha
------------------	--	-------

# NORMA Y PROCEDIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

## Adoptado de la Norma 5151.6 – Administración de Medicamento en la Escuela

### MEDICAMENTOS RECETADOS

Los medicamentos recetados sólo pueden administrarse por el personal del distrito escolar con el consentimiento por escrito de AMBOS el padre/tutor y un(a) recetador(a) licenciado(a). Una petición escrita por la administración de un medicamento recetado debe hacerse usando el formulario *Solicitud de Medicamento Del Prescriptor*. TODAS las peticiones deben ser renovadas cada ciclo escolar o cuando la receta médica cambie.

#### **Etiquetar, Almacenar y Transportar Medicamentos a la Escuela:**

El padre/tutor provee el medicamento recetado en un recipiente etiquetado de la farmacia. La etiqueta se debe poder leer fácilmente. No se aceptarán bolsas de plástico ni otro tipo de recipiente inseguro. La etiqueta debe tener la siguiente información:

- Nombre completo del niño(a)
- Nombre del medicamento la cual corresponde con el nombre en el formulario de la *Solicitud de Medicamento Del Prescriptor*
- El dosis actual del medicamento
- Hora(s) o frecuencia de administración
- Nombre del (de la) médico(a)

El medicamento administrado por el personal escolar del distrito se guarda en una área cerrada con llave en la escuela. El almacenaje de los medicamentos de autoadministración será aprobado por el(la) director(a) de la escuela y el(la) enfermero(a) escolar en colaboración con el(la) estudiante, la familia y cualquier otro(a) personal escolar apropiado(a).

Para la seguridad del estudiante y de otros, un adulto debe traer el medicamento a la escuela. Cualquier otro arreglo para transportar el medicamento a la escuela necesita la aprobación del(de la) director(a) de la escuela y el(la) enfermero(a) escolar.

#### **Medicamento Sin Usarse:**

Al final del año escolar o cuando el medicamento sea discontinuado, a los padres/tutores se les pedirá por escrito que vengan a la escuela para recoger el medicamento sin usar. Cualquier otro arreglo para transportar el medicamento a casa necesita la aprobación por escrito del director(a) de la escuela y el(la) enfermero(a) escolar. Cualquier medicamento no reclamado el último día de clases o por instrucción escrita de parte de el padre/tutor será destrozado en una manera ambientalmente segura.

#### **Administración del Medicamento por los Estudiantes:**

De acuerdo con el Estatuto de Wisconsin 118.29(1) *Posesión y uso de inhaladores de dosis medidas para el asma*, cualquier estudiante a pesar de la edad puede cargar y autoadministrarse inhaladores de rescate para la asma con un consentimiento por escrito archivado en la escuela de parte de AMBOS el padre/tutor y del (de la) recetador(a) licenciado(a) indicando que en el opinión de ellos el estudiante es consciente del medicamento y capaz de administrar a sí mismo.

De acuerdo con el Estatuto de Wisconsin 118.29(2)(1v) *Posesión y uso de epinefrina de uso en reacciones de alergias graves y anafilaxis*, cualquier estudiante a pesar de la edad puede cargar y autoadministrarse la de epinefrina con un consentimiento por escrito archivado en la escuela de parte de AMBOS el padre/tutor y del (de la) recetador(a) licenciado(a) indicando que en el opinión de ellos el estudiantes es consciente del medicamento y capaz de administrarse a sí mismo.

Solo los estudiantes de los grados 9-12 pueden cargar y autoadministrarse medicamento recetado no narcótico cuando un formulario de *Solicitud de Medicamento del Recetador* está archivado en la escuela firmado por ambos el padre/tutor y el(la) recetador(a) licenciado(a) indicando que en el opinion de ellos el estudiante es consciente del medicamento y capaz de administrarse a sí mismo.

Los estudiantes no podrán cargar y administrar a sí mismo medicamentos narcóticos o Sustancias Controladas de Nivel II.

Un personal escolar del distrito puede prohibir la administración de medicamentos si en buena fe cree que el medicamento se usa, almacena impropiamente, o que no se cumple con los requerimientos de la norma del distrito escolar. El padre/tutor será inmediatamente avisado de esta decisión por el director(a) de la escuela.

Por favor dirija cualquier pregunta respecto a la administración de medicamento a el(la) director(a) de la escuela, el(la) enfermero(a) registrado(a) escolar o el(la) supervisor(a) de los servicios de salud.