Reglamento 534.1
Acompaña a la Política 534

DIÓCESIS DE DES MOINES

Autorización y permiso para la administración de medicamentos

_____	__/__/__	_____	_____
Nombre del estudiante (Apellido) (Nombre) (Segundo nombre)	Fecha de Nacimiento	Escuela	Fecha

Los medicamentos y servicios de atención médica en la escuela se administrarán siguiendo estas pautas:

- Autorización firmada y fechada por el padre, madre o tutor para administrar el medicamento.
- El medicamento debe estar en su envase original etiquetado, tal como fue dispensado, o en el envase etiquetado por el fabricante.
- La etiqueta del medicamento debe incluir el nombre del estudiante, el nombre del medicamento, las instrucciones de uso y la fecha.
- La autorización debe renovarse anualmente y cualquier cambio debe notificarse inmediatamente por escrito.

_____	_____	_____	_____
Medicamento/Atención médica	Dosis	Via de administración	Hora de medicamento

_____
Instrucciones para la administración
_____

_____	_____
	Fecha para suspender / reevaluar / seguimiento
_____	_____
Profesional que prescribe	Fecha
_____	_____
Dirección del profesional	Teléfono de emergencia

Solicito que el estudiante mencionado anteriormente reciba el medicamento en la escuela y durante las actividades escolares, por parte del personal calificado, de acuerdo con las instrucciones de medicamentos recetados o de venta libre, y que se mantenga un registro de su administración. El estudiante no ha experimentado anteriormente ningún efecto secundario debido a este medicamento. Además, estoy de acuerdo en que el personal de la escuela pueda comunicarse con el profesional que prescribe el medicamento cuando sea necesario y que la información sobre el medicamento pueda compartirse con el personal escolar que necesite conocerla.

Entiendo que la ley establece que no habrá responsabilidad por daños civiles como resultado de la administración de medicamentos cuando la persona que los administra actúe de la misma manera en que actuaría una persona normalmente prudente y razonable bajo las mismas circunstancias o circunstancias similares. Estoy de acuerdo en proporcionar el medicamento y el equipo necesario de manera segura para su transporte hacia y desde la escuela, y en recoger cualquier medicamento y equipo que quede al finalizar su uso.

_____	_____
Firma del padre, madre o tutor	Fecha
_____	_____
Dirección del padre, madre o tutor	Teléfono de casa
_____	_____
Información adicional	Teléfono del trabajo

_____

Reglamento adoptado: 21 de junio de 2005
Reglamento revisado: 25 de marzo de 2013
Reglamento revisado: 30 de enero de 2020

Nota: Esta es una traducción al español para facilitar su comprensión. Para presentarla oficialmente a la escuela, conviene confirmar si aceptan formularios traducidos o si requieren el documento original en inglés.