

**LOS LUNAS SCHOOLS
FORMA DE AUTORIZACIÓN PARA EL MEDICAMENTO
Y / O PROCEDIMIENTO DE ENFERMERA**

Administrarán el medicamento solamente en la escuela cuando es necesario que el estudiante permanezca en la escuela. Deben mandar el medicamento con el estudiante o a la escuela **solamente cuando es absolutamente necesario**.

El propósito de esta póliza es para asegurar que reciban el medicamento necesario en acuerdo con el médico y para asegurar el seguro maximo para todos. Entiendan que su firma en esta forma autoriza otra gente a supervisar su hijo/a con administración de sí mismo de medicamento cuando no está presente la enfermera.

Si le piden llenar una de estas formas, lee cuidadosamente y responde a todo. Si tienen preguntas llame a la enfermera escolar. Gracias.

Annualmente se llenará una forma para CADA medicamento **prescrito, no prescrito**, y procedimientos de enfermera.

PHYSICIAN'S STATEMENT:

Solamente para uso del Médico

Date: _____

School:

School Phone:

School Fax:

Student's Name: _____ Date of Birth: _____

Diagnosis: _____

Name of Medication: _____ Dosage: _____

Time of Administration: _____ Duration of Administration: _____

Special Instructions for Medication/Nursing Procedure: _____

_____ Student may self-administer under direct supervision of a designated, trained staff person. Medication will be kept locked up in the Nurse's Office per Los Lunas School Board Policy # 7.21.

_____ Student may self-administer without supervision per Los Lunas Schools Board Policy # 7.21.

Physician's Signature: _____ Phone: _____

Physician's Name (Print): _____

DECLARACIÓN DEL PADRE/GUARDIAN

Yo, el padre de _____ (nombre del estudiante) pido que le darán este medicamento a mi hijo/a en acuerdo al médico.

Yo coincido a proveer el medicamento necesario en us recipiente original de la farmacia, proveer el replazo del medicamento cuando es necesario, y proveer una declaración nueva del médico si hay un cambio de medicamento, dosis, tempo de administración, método de administración or instrucciones especiales tocante al medicamento. Yo entiendo en que tal vez otro personal (en vez de la enferma) pueda supervisar el niño administración de si mismo del medicamento..

Firma: Padre/Guardián: _____ Fecha: _____