

PARTE I—DEBE SER COMPLETADA POR EL PADRE/MADRE/GUARDIÁN

Por la presente solicito y autorizo al personal de Montgomery County Public Schools (MCPS) y de Montgomery County Department of Health and Human Services (DHHS) a que administre el medicamento prescrito indicado por el médico (Parte II, abajo). Acuerdo liberar, indemnificar, y mantener indemnes de juicios, demandas de reclamos, o acciones en su contra a MCPS y a DHHS y a cualquiera de sus funcionarios, empleados, o agentes por suministrar medicamento prescrito a este estudiante, siempre que el personal de MCPS y d DHHS estén siguiendo la orden del médico según se indica en la Parte II, abajo. He leído los procedimientos detallados al dorso de este formulario y asumo las responsabilidades, como se exige.

Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Escuela: _____

Prescripción: Renovación Nueva Si es nueva, la primera dosis completa fue dada en el hogar el día: ____/____/____

Enumere todos los medicamentos que esté tomando el/la estudiante, incluyendo medicamentos de venta libre: _____

Firma del Padre/Madre/Guardián _____
Número de Teléfono _____
Fecha

PARTE II—DEBE SER COMPLETADA POR EL MÉDICO

Montgomery County Department of Health and Human Services y Montgomery County Public Schools desaconseja que se administren medicamentos a los estudiantes en la escuela durante la jornada escolar. Cualquier medicamento necesario que pueda posiblemente ser administrado antes o después del horario escolar deberá estar prescrito como tal. Solamente se administran medicamentos no parenterales, excepto en situaciones específicas de emergencia. Cuando sea absolutamente necesario, el personal escolar administrará medicamentos a los estudiantes durante la jornada escolar y mientras participan en programas de educación al aire libre y durante excursiones escolares con estadía de una noche, en conformidad con los procedimientos detallados al dorso de este formulario.

POR FAVOR USE UN FORMULARIO SEPARADO PARA CADA MEDICAMENTO

Nombre del Medicamento: _____ Diagnóstico: _____
Nombre de marca y/o genérico

Dosis: _____ Hora/s en Que Se Debe Administrar en la Escuela: _____
No se aceptan dosis no específicas (o sea, 1 a 2 tabletas ó 2 a cuatro inhalaciones)

Modo de Administración: _____ Fechas de Vigencia: Del ____/____/____ Al ____/____/____

Efectos Secundarios: _____

Si se debe administrar de acuerdo a las circunstancias, especifique:

Cuando sea indicado (señales/síntomas) _____

Frecuencia de administración _____
No se aceptan dosis no específicas (o sea, 1 a 2 tabletas ó 2 a cuatro inhalaciones)

Nombre del Médico (en letra de imprenta/molde o en teclado) _____
Firma del Médico _____
Teléfono _____
Fecha

AUTORIZACIÓN/APROBACIÓN PARA PORTAR/AUTO-ADMINISTRAR MEDICAMENTO DE EMERGENCIA

Portar/auto-administración de medicamentos de **emergencia** tales como inhaladores y EpiPen® **deben** estar autorizados por el médico y deben ser aprobados por el enfermero/a de la escuela en conformidad con la política de medicamentos del Estado:

Autorización del médico para portar/auto-administrar medicamento de emergencia _____
Firma _____
Fecha

Aprobación del Enfermero/a Escolar Certificado/a para portar/auto-administrar medicamento de emergencia _____
Firma _____
Fecha

PARTE III—DEBE SER COMPLETADA POR EL DIRECTOR/A DE LA ESCUELA O EL ENFERMERO/A ESCOLAR

Marque lo que corresponda:

- Las Partes I y II de arriba están completadas, incluyendo firmas. (Es aceptable si toda la información en la Parte II está escrita en papel con membrete del médico/talonario de recetas del médico.)
- El medicamento debe llevar la etiqueta correspondiente de la farmacia.
- La etiqueta del medicamento y la orden del médico deben coincidir.
- El medicamento de venta libre está en el envase original con la etiqueta de la dosis indicada por el fabricante y el sello de seguridad intactos.

_____/_____/_____ Fecha en que cualquier parte no usada del medicamento debe ser recogida por el padre/madre/guardián (dentro de una semana siguiente a la fecha de vencimiento de la orden médica).

Firma del Director/a de la Escuela; Enfermero/a Escolar _____
Fecha

INFORMACIÓN Y PROCEDIMIENTOS

1. No se administrará ningún medicamento en la escuela o en actividades patrocinadas por la escuela sin la autorización escrita del padre/madre/guardián del estudiante y una orden escrita del médico. Esto incluye tanto medicamentos recetados como medicamentos de venta libre.
2. El padre/madre/guardián es responsable de completar la Parte I y de obtener la declaración del médico en la Parte II. Esto es obligatorio en cada ciclo escolar por cada nueva orden o continuación de una orden, o si hay algún cambio en la dosis o en el horario de administración durante el ciclo escolar. (El médico puede usar papel con membrete de su oficina o talonario de recetas médicas en vez de completar la Parte II.) La información necesaria incluye: nombre del niño/a, diagnóstico, nombre del medicamento, dosis, hora de administración, duración del medicamento, efectos secundarios, firma del médico, y fecha.
3. El medicamento debe ser entregado a la escuela por el padre/madre/guardián o, bajo circunstancias especiales, por un adulto designado por el padre/madre/guardián. Bajo ninguna circunstancia administrará el personal de salud escolar (DHHS) o el personal de la escuela (MCPS) medicamentos que hayan sido traídos a la escuela por el estudiante.
4. Todas los medicamentos recetados deben estar en su envase original con la etiqueta de la farmacia. Los medicamentos de venta libre no prescritos deben estar en su envase original con la etiqueta del fabricante. Las muestras de medicamentos proporcionadas por un médico deben estar debidamente identificadas con una etiqueta del médico.
5. La dosis completa del primer día de cualquier nuevo medicamento debe ser administrada en el hogar antes de que pueda ser administrada en la escuela.
6. El padre/madre/guardián es responsable de recoger cualquier parte no usada de un medicamento dentro de una semana siguiente a la fecha de vencimiento de la orden médica o al final del ciclo escolar. Todo medicamento que sea no recogido dentro de ese lapso de tiempo será desechado.
7. Los medicamentos de auto-administración y/o medicamentos sin prescripción médica son totalmente la responsabilidad del padre/madre/guardián y no la responsabilidad de Montgomery County Public Schools o de Montgomery County Department of Health and Human Services. Los medicamentos que no estén acompañados de una orden médica y con consentimiento del padre/madre/guardián no serán almacenados en la enfermería de la escuela.
8. Los estudiantes no pueden auto-administrar sustancias controladas.
9. Para portar/auto-administrar medicamentos de emergencia, tales como inhaladores para asma y EpiPen® para anafilaxia necesitan una orden del médico y permiso del padre/madre/guardián. **El enfermero/a escolar debe evaluar y aprobar la habilidad y capacidad del estudiante de auto-administrar el medicamento. Es imprescindible que el estudiante entienda la necesidad de reportar al personal de salud o al personal de MCPS que él/ella se ha auto-administrado su inhalador sin percibir ninguna mejora o que se ha auto-administrado una dosis de EpiPen®, para que se pueda llamar al 911.**
10. El enfermero/a escolar certificado/a llamará al médico/a, según lo permite la *Ley de Portabilidad y Contabilidad de Seguro de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act–HIPPA)*, si se presenta cualquier pregunta sobre el estudiante y/o el tratamiento prescrito para el estudiante.