

**MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS
MONTGOMERY COUNTY DEPARTMENT OF HEALTH AND
HUMAN SERVICES
Rockville, Maryland 20850**

**AUTORIZACIÓN PARA SUMINISTRO
DE MEDICAMENTO RECETADO
Acuerdo de Liberación e Indemnización**

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

Por este medio solicito y autorizo al personal de Montgomery County Public Schools (MCPS) y de Montgomery County Department of Health and Human Services (DHHS) a que administren el medicamento recetado, según lo indicado por un médico autorizado (Parte II, abajo). Acepto 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, miembros del personal o agentes por suministrar un medicamento recetado a este/a estudiante, siempre que el personal de MCPS y de DHHS estén siguiendo la orden del médico autorizado según está escrita en la Parte II, abajo. He leído los procedimientos detallados al dorso de este formulario y asumo las responsabilidades, según se exige.

Nombre del/de la Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Escuela: _____

Receta de Medicamento: Renovación Nueva Si es nueva, la dosis completa del primer día fue dada en el hogar en fecha: ____/____/____

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

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

PARTE II (PART II)—TO BE COMPLETED BY THE AUTHORIZED PRESCRIBER (DEBE SER COMPLETADA POR EL MÉDICO AUTORIZADO)

The Montgomery County Department of Health and Human Services and the Montgomery County Public Schools discourage the administration of medication to students in school during the school day. Any necessary medication that possibly can be administered before and after school should be so prescribed. Only non-parenteral medications are administered except in specific emergency situations. School personnel will, when it is absolutely necessary, administer medication to students during the school day and while participating in outdoor education programs and overnight field trips, according to the procedures outlined on the back of this form.

PLEASE USE A SEPARATE FORM FOR EACH MEDICATION

Name of Medication: _____ Diagnosis: _____
Trade name and/or generic

Dosage: _____ Time(s) To Be Given At School: _____
Ranges not accepted (i.e. 1 to 2 tabs or 2 to 4 puffs)

Route of Administration: _____ Effective Dates: From ____/____/____ To ____/____/____

Side Effects: _____

If PRN, specify:
When indicated (signs/symptoms) _____

Frequency of administration _____
Ranges not accepted (i.e. every 2 to 4 hours)

_____/_____/_____
Authorized Prescriber's Name (print/type) Authorized Prescriber Signature Phone Number Date

SELF-CARRY/SELF-ADMINISTRATION OF EMERGENCY MEDICATION AUTHORIZATION/APPROVAL

Self-carry/self-administration of **emergency** medication such as inhalers and epinephrine auto-injectors **must** be authorized by the authorized prescriber and be approved by the school nurse according to the Maryland State School Health Services Guidelines.

Authorized prescriber's authorization for self-carry/self-administration of emergency medication _____
Signature Date

School Nurse (RN) approval for self-carry/self-administration of emergency medication _____
Signature Date

PARTE III (PART III)—TO BE COMPLETED BY THE PRINCIPAL OR SCHOOL NURSE (DEBE SER COMPLETADA POR EL DIRECTOR/A DE LA ESCUELA O ENFERMERO/A ESCOLAR)

Check as appropriate:

- Parts I and II above are completed, including signatures. (It is acceptable if all items of information in Part II are written on the authorized prescriber's stationery/prescription form)
- Prescription medication is properly labeled by a pharmacist.
- Medication label and authorized prescriber order are consistent.
- Over-the-counter medication is in an original container with the manufacturer's dosage label and safety seal intact.

_____/_____/____ Date any unused medication is to be collected by the parent/guardian (within one week after expiration of the authorized prescriber's order).

_____/_____/_____
Principal/School Nurse Signature Date

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 y sin una orden escrita del médico autorizado. Esto incluye tanto medicamentos recetados como medicamentos de venta libre.
2. Formulario 525-13 de MCPS, *Autorización para Suministro de Medicamento Recetado, Acuerdo de Liberación e Indemnización*, debe completarse para la administración de medicamentos en la escuela, y el Formulario 525-14 de MCPS, *Atención de Emergencia para Estudiantes con Diagnóstico de Anafilaxia, Acuerdo de Liberación e Indemnización para Auto-Inyector de Epinefrina*, se prefiere para auto-inyectores de epinefrina.
3. El padre/madre/guardián es responsable de completar la Parte I y de obtener la declaración del médico autorizado, 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 el nombre de su oficina o un talonario de recetas médicas en vez de completar la Parte II.) La información necesaria incluye: nombre del/de la estudiante, diagnóstico, nombre del medicamento, dosis, hora de administración, duración del medicamento, efectos secundarios, firma del médico autorizado y fecha.
4. 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/la estudiante.
5. Todos los medicamentos recetados deben estar en su envase original con la etiqueta de la farmacia. Los medicamentos de venta libre deben estar en su envase original con la etiqueta de la dosis indicada por el fabricante y con el sello de seguridad intacto. Las muestras de medicamentos proporcionadas por un médico autorizado deben estar debidamente identificadas con una etiqueta del médico autorizado.
6. La dosis completa del primer día de cualquier nuevo medicamento para casos que no son de emergencia debe haber sido administrada en el hogar antes de que se pueda administrar en la escuela.
7. 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 del médico autorizado o al final del ciclo escolar. Todo medicamento que no sea recogido dentro de ese lapso de tiempo será desechado.
8. 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 de un médico autorizado y con consentimiento del padre/madre/guardián no serán almacenados en la enfermería de la escuela.
9. Los estudiantes no pueden auto-administrarse sustancias controladas.
10. Se necesita una orden del médico autorizado y el permiso del padre/madre/guardián para poder portar/ auto-administrar medicamentos de emergencia, tales como un inhalador para asma o un auto-inyector de epinefrina para anafilaxia. **El enfermero/a escolar debe evaluar y aprobar la habilidad y capacidad del/de la estudiante de auto-administrar el medicamento. Es imprescindible que el/la estudiante entienda la necesidad de informar 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 un auto-inyector de epinefrina, para que así se pueda llamar al 911.**
11. El enfermero/a escolar llamará al médico autorizado, según lo permite la *Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act–HIPPA)*, si surge cualquier pregunta sobre el/la estudiante y/o el medicamento del/de la la estudiante.