

Distrito Escolar: **Norwalk, CT** Escuela: **Escuela Secundaria de Norwalk**
Grado: _____

AUTORIZACION PARA LA ADMINISTRACION DE MEDICINA POR PERSONAL DE LA ESCUELA

Las Leyes y reglamentos 10-212 (a) del estado de Connecticut requieren una orden escrita de medicamentos de un prescriptor Autorizado, (Medicos, Dentistas, Enfermera de practica avanzada o asistente Medico) y autorizacion escrita del padre/tutor, para la enfermera, o en la ausencia de la enfermera un director o maestro designado para administrar la medicacion. Los medicamentos deben estar en el Original recipiente debidamente etiquetado y dispensado por un Medico/Farmacaceutico.

Autorizacion del Prescriptor

Nombre del Estudiante: _____

Direccion: _____

Condicion por la cual se administra el Medicamento: _____

Nombre del Medicamento: _____ Dosis: _____

Ruta para ministrar: _____

Hora de administracion: _____ Si PRN, Frecuencia: _____

Efectos Secundarios relevantes ___ Ninguna Especificar: _____

ALERGIAS: ___ NO ___ YES(especificar): _____

La medicacion se administrara desde: _____ to _____
Mes/Dia/Año Mes/Dia/Año

Nombre del Prescriptor/Titulo: _____
(Escrito o Printiar)

Telefono: _____ Fax: _____

Direccion: _____

Firma del Prescriptor: _____

Prescriptor Stamp



AUTORIZACION DEL PADRE/ GUARDIAN

Yo por la presente solicito que se administre el Medicamento ordenado anteriormente por personal de la Escuela. Entiendo que debo suplir a la Escuela con no mas de 45 dias de Medicamento. **Yo entiendo que este medicamento sera destruido si no es recogido despues de la terminacion de la orden o el ultimo dia de clases, lo que ocurra primero.**

Firma del Padre/ Guardian: _____ Fecha: _____

Telefono de la casa de los padres: _____

Trabajo/Celular #: _____

**AUTORIZACION DE AUTO-ADMINISTRACION DE
MEDICAMENTO/APROVACION**

La auto-administracion de medicamentos puede ser autorizada por el prescriptor y los padres/tutor y debe ser aprobada por la enfermera de la escuela de acuerdo con la politica de la Junta.

Autorizacion del Prescriptor para la auto-administracion: ____Yes ____No

Padre/Tutor Autorizando para Autoadministracion: ____ Yes ____No

Autorizacion de la Enfermeria Escolar para la autoadministracion: __Yes __No