**(NOMBRE DE LA ESCUELA)**

**Medicamentos para llevar a la escuela o a eventos patrocinados por la escuela**

**Nombre del estudiante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Esta sección debe ser completada por un MÉDICO, ENFERMERO PRACTICANTE o ASISTENTE MÉDICO con AUTORIDAD PARA EXPEDIR RECETAS respecto de la medicación que el estudiante deba llevar consigo en cualquier momento durante la jornada escolar o en eventos patrocinados por la escuela.  Los medicamentos que el estudiante puede llevar a la escuela son las bombas de insulina, los inhaladores y los EPIPens, SIN EXCEPCIÓN.**

Medicación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vía:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Horario para tomar el medicamento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Propósito del medicamento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Instrucciones especiales:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Posibles efectos secundarios: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**El médico certifica que:**

1. El estudiante ha demostrado y comprende el uso adecuado de este medicamento.
2. El estudiante está autorizado a llevar consigo la medicación indicada en este formulario.
3. He recetado a este estudiante este medicamento específico.
4. He llenado y firmado un "Plan de atención" para este estudiante, si corresponde.

**Escriba en letra de imprenta el nombre del profesional médico que expide receta:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma del profesional de la salud con autoridad para expedir recetas                                          Fecha**

**El estudiante acepta lo siguiente:**

1. Tengo pensado llevar la medicación conmigo a la escuela en lugar de dejarla en la oficina de salubridad de la escuela.
2. Me comprometo a utilizar mi medicación de forma responsable y de acuerdo con las indicaciones de mi médico.
3. Notificaré al personal de la escuela si he utilizado una EPIpen o el inhalador.
4. Notificaré al personal de la escuela si tengo síntomas de mi enfermedad y puede que necesite ayuda.
5. No permitiré que ninguna otra persona utilice mi medicación.

**Firma del estudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**El progenitor/tutor acepta lo siguiente:**

1. Por la presente autorizo al estudiante a llevar consigo y ser el único responsable de la autoadministración de la medicación indicada en este formulario.
2. Acepto asegurarme de que el estudiante lleve consigo su medicación en **un envase original etiquetado en la farmacia con el nombre, el nombre de la medicación, la hora a la que se debe administrar, la dosis, la fecha y el nombre del profesional de la salud autorizado.**  **Me aseguraré de que la medicación no esté vencida.**
3. Acepto proporcionar **medicación de reserva** que se mantendrá en la escuela para emergencias si el estudiante tiene una alergia potencialmente mortal que podría requerir un EPIPen o si el estudiante tiene asma que podría requerir el uso de un inhalador.
4. Revisaré periódicamente con mi hijo el estado de su enfermedad.
5. Me aseguraré de que mi hijo lleve su medicación a la escuela todos los días.
6. Eximo a la escuela de toda responsabilidad por efectos secundarios u otras consecuencias médicas que ocurran como resultado de que el estudiante tome este medicamento.

**Firma del progenitor/tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**