



ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE PRINCE GEORGE

Formulario de pedido de medicamento del prescriptor

Inhalador o Nebulizador

UN medicamento por formulario

Este pedido es **SOLO** valido para el año escolar (actual) _____ incluyendo al año escolar extendido (ESY, por sus siglas en inglés)/sesión de verano.

Nombre de la escuela: _____

PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE(S)/TUTOR(ES):

Nombre completo del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Grado: _____

Alergias conocidas: Ninguna Especifique: _____

- Yo por la presente autorizo la administración de los medicamentos descritos a continuación, como lo indica el médico de mi hijo.
- Yo entiendo que el médico que prescribe será llamado si surgen preguntas sobre los medicamentos del niño lo cual es permitido por la Ley de Responsabilidad y Movilidad de Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés).
- Yo entiendo que TODOS los medicamentos deben estar etiquetados con el nombre de los medicamentos, nombre del estudiante, nombre del médico que prescribe, fecha, e instrucciones de administración y la prescripción de medicamentos debe estar etiquetada por un farmacéutico autorizado.
- Yo entiendo que debo proporcionar a la escuela con el equipo/suministros necesarios para administración de medicamentos.
- Yo entiendo que al final del año escolar, un adulto debe recoger el/los medicamento(s), de otra manera será desechado.
- Yo comprendo que se llamará al 911 inmediatamente si una condición médica lo justifica.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Teléfono del hogar #: _____ Teléfono celular#: _____

Teléfono del trabajo #: _____

PARA SER COMPLETADO POR EL PRESCRIPTOR

Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Vía de administración: _____

Tipo de dispositivo: Inhalador Nebulizador Otro _____

Frecuencia de administración de medicamento: _____

PRN Pro re nata - como sea necesario para: **Sibilancias, tos, dificultad para respirar SOB, medidor de flujo máximo** en la zona amarilla o roja,
 Otro: _____

Efectos secundarios: _____

Fecha en que comenzó a tomar el medicamento: _____ Fecha en que se descontinuo el uso del medicamento: _____

Mes/ Día/ Año

Mes/ Día/ Año

¿El estudiante es capaz de auto-administrarse el medicamento por medio de un dispositivo? Sí No

¿Debe el estudiante llevar medicamento con él/ella? Sí No

Firma del Prescriptor: _____ Fecha: _____

(Firma original o sello de la firma solamente)

ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE PRINCE GEORGE

Formulario de pedido de medicamento del prescriptor

Inhalador o Nebulizador

UN medicamento por formulario

Nombre del médico/título: _____ Dirección: _____

(Por favor escriba en letra de molde o en maquina)

Teléfono: _____ FAX: _____

AUTORIZACIÓN/APROBACIÓN PARA AUTO-LLEVE/AUTO-ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO DE EMERGENCIA

Los medicamentos de **emergencia** que lo puede llevar el mismo/lo puede administrar el mismo **DEBEN** ser autorizados por el médico que prescribe y apoyado por la evaluación de la enfermera escolar de acuerdo con la política de Administración de Medicamento #5163. *** auto-llevar y auto-administrar: Sí No

Firma de RN/LPN de las PGPCS: _____

Revisión de la orden por RN/LPN: _____ Fecha: _____