



ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE PRINCE GEORGE

Formulario de pedido de medicamento por el prescriptor

Medicamento de Emergencia-DIASTAT- para el control de convulsiones

Este pedido es SOLO valido para el año escolar (actual) _____ incluyendo el 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 medicamento, de otra manera será desechado.
Yo entiendo que se llamará inmediatamente al 911.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Teléfono del hogar #: _____ Teléfono celular#: _____ Teléfono del trabajo #: _____

PARA SER COMPLETADO POR EL PRESCRIPTOR

Medication Name: DIASTAT (Diazepam rectal gel) Dose: _____ mg Route: Rectal

Reason for: Medication Control of Seizures Seizure type: _____

Medication is to be given after _____ minutes of seizure activity

(Please Note: 911 WILL BE CALLED IMMEDIATELY AFTER ADMINISTRATION)

Side Effects: _____

Date medication began: _____ Date medication discontinued: _____
Month/ Day/ Year Month/ Day/ Year

Prescriber's Signature: _____ Date: _____
(Original Signature or signature stamp only)

Prescriber's Name/Title: _____ Address: _____
(Please print or type)

Telephone: _____ FAX: _____

ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE PRINCE GEORGE

Formulario de pedido de medicamento por el prescriptor

Medicamento de Emergencia-DIASTAT- para el control de convulsiones

Order reviewed by RN/LPN: _____ Date: _____