

# Escuelas del Condado de Yadkin— Formulario de Autorización de Medicación

ESCUELA: \_\_\_\_\_ MAESTRO/A: \_\_\_\_\_ GRADO: \_\_\_\_\_ AÑO ESCOLAR: \_\_\_\_\_

A los Padres/Tutores:

Tratamos a desalentar la administración de la medicación en las escuelas. Aunque, si el medico decide que es necesario para tu hijo/a a recibir una medicación durante el día escolar, necesitamos la autorización y las instrucciones específicas del medico de tu hijo/a. Por favor trae este formulario de medicación al medico y ellos necesitan cumplir las instrucciones sobre la administración de la medicación de tu hijo/a. De la política de las Escuelas del Condado de Yadkin, este incluye medicaciones con receta y medicaciones sin receta.

## **INSTRUCCIONES DEL MÉDICO DE DAR MEDICACIÓN EN LA ESCUELA**

Name \_\_\_\_\_ Birth Date \_\_\_\_\_

Medication (Include Trade Name) \_\_\_\_\_ Dosage \_\_\_\_\_

Medication to be given (Circle) Tablet Ointment Capsule Inhalation Liquid Other \_\_\_\_\_

Relationship to meals (Circle) Before After Does not matter \_\_\_\_\_

How often or at what time? \_\_\_\_\_ Emergency Use \_\_\_\_\_

Side effects/Contraindications \_\_\_\_\_

Student allergies \_\_\_\_\_

Student diagnosis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Physician's Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date**

\_\_\_\_\_  
**Address**

\_\_\_\_\_  
**Telephone Number**

### **Permiso de Padres**

Doy permisode compartir información (verbal, escrito, o de fax) entre el proveedor de cuidado de salud arriba y la enfermera de las Escuelas del Condado de Yadkin, como es necesario. Entiendo que esta información va a mantener en confianza. Yo quiero y doy permiso para la escuela a administrar, durante las horas escolares, la medicación como la instrucciones del medico. Con el firme, yo le libera el Junto de las Escuelas del Condado de Yadkin y su empleos y agentes de toda la responsabilidad que pueda ser result de la administración de la medicación arriba. Estoy de acuerdo de mandar/traer la medicación en un envase con el rótulo apropiado de la farmacia.

**Firme de Padres/Tutores** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_ **Número de Teléfono** \_\_\_\_\_

### **Self Administration Only- PHYSICIAN, PLEASE COMPLETE AND SIGN**

The above named student has been diagnosed with asthma, anaphylaxis or diabetes and has demonstrated proper technique and understands the use of **MDI (\*Metered Dose Inhaler), MDI with Spacer, EpiPen, or Insulin/Glucagon.**

This student may carry and self-administer this medication for asthma, allergic reaction, or diabetes. **The parent/guardian should provide an extra Inhaler/Diabetes medication to be kept at school in case of an emergency.**

**Physician's Signature** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

I agree and feel competent to take my own medication as prescribed. I will not at any time, share my medication with another student and I will keep it secure from other students.

**Student's Signature** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_