



# Servicios de Salud Estudiantil del Distrito Hays CISD

Escuela: \_\_\_\_\_ Teléfono de la Escuela: \_\_\_\_\_ Fax/Enfermería: \_\_\_\_\_

## Autorización para la Administración de Medicamento durante el Día Escolar por el Personal de la Escuela para el Año Escolar 2025-2026

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

No. ID [Identificación]: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Sexo: M / F Maestro: \_\_\_\_\_

Médico del Estudiante: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Alergias a Medicamentos:  Desconocido  Alérgico a: \_\_\_\_\_

Medicamento que se solicita administrarse en la Escuela: \_\_\_\_\_

Medicamento tomado con anterioridad por el niño?  Sí  No (Todas las primeras dosis de medicamento se administran en casa)

### Autorización de los Padres

Yo entiendo que todos los medicamentos deben encontrarse en su envase original, portar una etiqueta actualizada de la farmacia, además de ser provistos por el padre/tutor. Todos los medicamentos deben conservarse en la oficina de enfermería, a menos de que el medicamento sea un inhalador, un autoinyector de epinefrina o medicamento para el cuidado de la diabetes, siempre que el estudiante esté autorizado tanto por el médico y la enfermera de la escuela para portar y administrarse su propio medicamento. Todos los medicamentos o narcóticos con programa de dosificación deben conservarse en la oficina de enfermería en todo momento. Todo medicamento debe administrarse en acuerdo con el Reglamento de Medicamentos FFAC. La primera dosis de los medicamentos no se puede administrar en la escuela. No se debe guardar en el campus una reserva de más de 30 días del medicamento.

Yo autorizo al médico mencionado abajo a divulgar información relacionada con el medicamento que mi hijo tomará durante el día escolar, para el registro del departamento de Servicios de Salud Estudiantil del distrito Hays CISD. Además, con el permiso de mi médico, yo estoy de acuerdo en la automedicación de mi hijo en la escuela (que incluye su inhalador, autoinyector de Epinefrina o para el cuidado de la diabetes). Yo doy mi permiso para tomar fotografías de mi hijo para el uso en los envases del medicamento y el registro de medicamentos.

Yo solicito que el personal designado del distrito Hays CISD administre los medicamentos a mi hijo, mencionado arriba, en acuerdo con las instrucciones por escrito del médico, además para que la enfermera de la escuela intercambie información con el médico sobre medicamentos y asuntos médicos relacionados. Entiendo que es mi responsabilidad como padre proporcionar una reserva adecuada de del medicamento en el envase y la etiqueta original. Yo notificaré a la escuela inmediatamente en el caso de cambio en el estado de salud de mi hijo, cambio o cancelación del medicamento, o cambio del médico tratante. Yo entiendo que el personal del distrito escolar protegerá a mi hijo, al no administrar el medicamento si esta forma no está completa o no se provee del medicamento prescrito.

Nombre impreso del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Medication Order and Provider Authorization

**Please be sure to provide action plans for seizures, asthma, and severe allergies**

Medication Allergies:  NKDA  Allergic to: \_\_\_\_\_

Medication: \_\_\_\_\_ DOSE (mg or mcg): \_\_\_\_\_ Route: \_\_\_\_\_

Time(s) to be administered at school: \_\_\_\_\_ Dates to be administered: \_\_\_\_\_ OR  Entire School Year

If PRN, describe indication: \_\_\_\_\_ May repeat PRN dose after: \_\_\_\_\_

Condition for which the medication is required: \_\_\_\_\_

Special instructions or known side effects of medication: \_\_\_\_\_

Student is authorized to <b>SELF-CARRY</b> (please check): <input type="checkbox"/> inhaler <input type="checkbox"/> epinephrine delivery device <input type="checkbox"/> emergency seizure medication <input type="checkbox"/> diabetic supplies and medications	Student is authorized to <b>SELF-ADMINISTER</b> (please check): <input type="checkbox"/> inhaler <input type="checkbox"/> epinephrine delivery device <input type="checkbox"/> diabetic care supplies and medication
---	---

I, provider listed below, verify the above medication information is accurate and needs to be administered for the student listed.

Provider Name: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_