



ÓRDENES MÉDICAS PARA LA AUTO-ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA, A TRAVÉS DE UN INHALADOR

Nombre del estudiante _____ Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____ Número del estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección de la casa: _____

Teléfono del padre/la madre/representante: _____

Para el Médico:

La información que se solicita a continuación se requiere debido a que un estudiante va a usar un inhalador en las Escuelas Públicas del Condado de Hillsborough. Agradecemos su ayuda en relación con este asunto. Si usted desea hablar acerca de este procedimiento con un miembro del personal de los Servicios Escolares de Salud, por favor llame al 273-7020.

Problema de salud que requiere el uso de un inhalador: _____

Nombre del medicamento: _____

Cantidad que debe administrarse _____

¿Cuándo y qué tan frecuente debe administrarse? _____

¿Qué otros procedimientos de emergencia deben aplicarse si el inhalador resulta ineficaz? _____

Se entiende que el personal escolar no será responsable por la administración del medicamento mencionado arriba. Además se entiende que usted o su personal ha dado a los padres y al estudiante las instrucciones apropiadas sobre el uso del inhalador. El privilegio de auto-administrarse el medicamento podrá ser suspendido si el estudiante abusa del mismo.

Firma del Médico: _____ **Fecha:** _____

Nombre impreso del médico: _____ **Teléfono:** _____

Estatuto de Florida, F.S. 1002.20

(h) Uso de inhalador. – Los estudiantes asmáticos cuyos padres y médico den su aprobación al director de la escuela, pueden llevar consigo un inhalador dosificado mientras esté en la escuela. Se deberá entregar una copia de la aprobación de los padres y del médico al director de la escuela.



AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES PARA QUE EL ESTUDIANTE SE AUTO-ADMINISTRE MEDICAMENTOS

Nombre del estudiante _____ Número del estudiante: _____
Apellido Nombre Segundo nombre

Fecha de nacimiento: _____

Maestra(o) del aula: _____ Grade: _____

Como padre/madre/representante del estudiante mencionado arriba, yo lo(a) autorizo para que se administre en la escuela los siguientes medicamentos:

Nombre del medicamento: _____

Cantidad que debe administrarse (dosis): _____ Fecha de expiración: _____

Hora en la que debe administrarse el medicamento: _____

¿Fecha en la que comenzará a administrarse el medicamento? _____ Fecha en la que terminara _____

Nombre del médico: _____

Problemas de salud que requieren el medicamento: _____

Posibles reacciones/efectos secundarios: _____

¿Dónde se guardará el medicamento en la escuela? _____

Se entiende que el personal escolar no será responsable por la administración del medicamento mencionado arriba. Además se entiende que el médico que ha dado la autorización le ha dado a usted y a su hijo(a) las instrucciones adecuadas sobre el uso del inhalador. También se ha concedido el permiso para que el personal de la escuela pueda comunicarse con al médico si hay alguna pregunta o preocupación sobre el medicamento. Estoy consciente de que el privilegio para auto-administrarse el medicamento podrá ser suspendido si el estudiante abusa del mismo.

Firma del Médico: _____ Fecha: _____

Nombre impreso del médico: _____ Teléfono: _____

Estatuto de Florida, F.S. 1002.20

(h) Uso de inhalador. – Los estudiantes asmáticos cuyos padres y médico den su aprobación al director de la escuela, pueden llevar consigo un inhalador dosificado mientras esté en la escuela. Se deberá entregar una copia de la aprobación de los padres y del médico al director de la escuela.

**Distribution: Principal, Nurse
SB 87035 (Rev. 5/17/2018)**

Página 1 de 2