

**Condado de Anne Arundel  
Programa de Servicios de Salud en las Escuelas**

**PETICIÓN DE PADRES PARA SUMINISTRAR MEDICAMENTO A SU HIJO(A) EN LA ESCUELA**

**FORMULARIO PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE O GUARDIAN**

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(APELLIDO) (NOMBRE) (INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE)

Nombre de la Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Año Escolar: \_\_\_\_\_

**En orden para que mi niño(a) reciba medicamento en la escuela, estoy de acuerdo con lo siguiente:**

- Todos los medicamentos recetados y no recetados, tendrán una orden firmada por el médico llena completamente para cada año escolar.
- El medicamento recetado estará en un recipiente rotulado por el farmacéuta o médico con:

Nombre del niño.	Nombre del Medicamento.	Dosis, rutina y horario de suministro.
Nombre del medico.	Fecha recetado y fecha de vencimiento	Condiciones para el almacenamiento apropiado

- El medicamento sin receta médica estará en su envase original sellado y con su rótulo intacto. El nombre del estudiante será impreso en el envase de manera que no tape el rótulo.
- El medicamento deberá ser llevado a la escuela por un adulto.
- El médico será contactado por teléfono en el acontecimiento que surja alguna pregunta con respecto al medicamento de mi niño(a)
- La primera dosis de este medicamento ha sido suministrada sin ningún problema (excepto el Epi-Pen)

*Habiendo leído las condiciones anteriores, Yo le pido al personal de servicios de Salud en las Escuelas del Condado de Anne Arundel que suministren el medicamento recetado a continuación por el médico. Yo certifico que tengo autoridad legal para consentir el tratamiento médico para el estudiante nombrado arriba en esta página, incluyendo el suministro de medicamento en la escuela.*

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

Relación al estudiante:  
 Numero de Teléfono (casa) \_\_\_\_\_ (trabajo) \_\_\_\_\_ otro: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_

**PHYSICIAN'S SIGNED ORDER FOR MEDICATION AT SCHOOL  
ONE MEDICATION PER FORM**

Diagnosis: \_\_\_\_\_

Name of Medication: \_\_\_\_\_

Dosage: \_\_\_\_\_ (mg, ml, ml/tsp, # of puffs)

Route: \_\_\_\_\_ Time of Administration at School: \_\_\_\_\_  Lunchtime

If PRN, for what symptoms? \_\_\_\_\_ How Often? \_\_\_\_\_

Please list any specific precautions personnel should be aware of or any unusual effects that might be observed.  
 \_\_\_\_\_


Services should begin (Date) \_\_\_\_\_ and terminate (Date) \_\_\_\_\_

**FOR INHALER, EPI-PEN, AND INSULIN ONLY:**

\_\_\_\_\_ It has been determined that this student is able to self-administer and carry inhalant medication or Epi-pen and has been trained in its use, including knowing when the medication is to be used.

\_\_\_\_\_ It has been determined that this student is able to self-administer insulin.

\_\_\_\_\_ This student should not self-administer inhalant medication, insulin, or Epi-pen.

 **Physician's Signature:** \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 Original signature/NO stamps

Physician's Name (Printed): \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Telephone Number: \_\_\_\_\_

Order Reviewed \_\_\_\_\_ R.N. Date \_\_\_\_\_