 Forma JGCD-2

*Spanish*

**AUTORIZACION PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS**

**Si los medicamentos se pueden administrar en casa, antes o después del horario escolar, hágalo. Si se deben administrar medicamentos durante el horario escolar, este formulario debe completarse y presentarse en la Clínica Escolar.**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE DEL ESTUDIANTE** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **MAESTRO:** |  | **GRADO:** |  |

Autorizo al distrito escolar del condado de Cobb a ayudar a mi hijo(a) a tomar este medicamento. Entiendo que:

* Los medicamentos deben estar en envase original etiquetado. Los farmacéuticos pueden proporcionar dos frascos etiquetados para este propósito. No se administrarán medicamentos enviados en un recipiente sin etiquetar. Si su hijo(a) toma medicamentos a diario, envíe un frasco adicional para que lo use en las excursiones y en el programa después de la escuela.
* Se requiere el permiso por escrito del padre/tutor para la administración de todos los medicamentos.
* El padre/tutor debe informar a la escuela de cualquier cambio en la medicación. No se administrarán nuevos medicamentos ni nuevas dosis a menos que se complete un nuevo formulario.
* Los medicamentos deben ser traídos a la oficina/clínica por el padre/tutor.
* Los medicamentos no utilizados se desecharán a menos que se recojan dentro de una semana después de suspender el medicamento. Si se administran medicamentos durante todo el año escolar, los medicamentos se desecharán de acuerdo con la Sección IX de la Regla de medicamentos.
* Al completar este formulario para medicamentos recetados se autoriza a los servicios de salud del distrito escolar del condado de Cobb a discutir la orden/solicitud de medicamentos con el proveedor de atención médica que lo receta, si está indicado y/o es necesario.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **UN MEDICAMENTO POR FORMULARIO – *Envíe el formulario a la clínica de la escuela*** | | | | | | | | | |
| **Medicamentos sin receta (deben ser completado por el padre/tutor)** | | | | | | | | | |
| Nombre del medicamento: | | | | | | Diagnostico/condición/enfermedad que requiere medicamento: | | | |
| Fecha de comienzo: | | Fecha de terminación: | | | | Dosis, vía\*, y hora de administración | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **Medicamentos recetados (esta sección DEBE ser completada por un médico/proveedor de salud SOLAMENTE)** | | | | | | | | | |
| Nombre de medicamento: | | | | | | Dosis prescrita: | | | |
| Posible efecto secundario: | | | | | | via\*, hora, y otras instrucciones específicas para la administración del medicamento: | | | |
| Diagnóstico/Condición/Enfermedad que requiere el medicamento: | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | |  | |  | | |  |  |
| Firma del médico | |  | | Imprima nombre del médico de forma legible | | | |  | Fecha |
| Número contacto |  | | | | | Fax: |  | | |

**Libero, descargo y acepto indemnizar y eximir de responsabilidad o reembolsar a la Junta de Educación del Condado de Cobb, al Distrito Escolar del Condado de Cobb, a sus empleados, agentes, representantes y a todos los demás funcionarios, de todas y cada una de las reclamaciones, acciones, demandas, pérdidas, costos, gastos y responsabilidad en caso de accidente o cualquier otro percance debido a negligencia en la administración del medicamento, o debido a efectos secundarios, enfermedad, o cualquier otra lesión que pueda ocurrirle a mi hijo a través de la administración del medicamento. Libero a dicha junta Distrito, empleados y funcionarios antes mencionados de cualquier responsabilidad, demanda, o reclamo que pueda surgir como resultado de la administración del medicamento de acuerdo con esta solicitud.**

Firma del padre/tutor Fecha

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Teléfono hogar: |  | Teléfono trabajo |  | Celular: |  |

\*Vía: El método por el que se administra el medicamento, ya sea por vía oral, inyección, inhalador, recto, etc.