

**JOHNSON CITY SCHOOLS**  
**HEALTH SERVICES**  
**PERMISO PARA LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS**

(Prescritas y No-Prescritas)

Muchos niños y adolescentes requieren medicamentos para mantener un nivel óptimo de funcionamiento en la escuela. Si bien alentamos a los padres a que administren medicamentos en el hogar, entendemos que en algunas situaciones los medicamentos deben administrarse en la escuela. Los Padres / Representantes deben llevar los medicamentos a la escuela en el contenedor original junto con este formulario de permiso firmado. La primera dosis o administración de cualquier medicamento debe administrarse en casa. Los medicamentos caducados no pueden administrarse en la escuela. No administramos ningún medicamento que contenga SALICYLATE (como Aspirina y Pepto-Bismol) debido al peligro del SÍNDROME DE REYE sin la firma de un médico por escrito. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la Oficina de Servicios de Salud al 423-232-5380.

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

Escuela: \_\_\_\_\_ Maestro: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Año Escolar: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_ Potencia: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

Vía de Administración (oral, tópica, inhalado, etc.): \_\_\_\_\_

Por favor marque uno:  como lo necesite  Diario (Hora a ser dado: \_\_\_\_\_)

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha a terminar: \_\_\_\_\_

Propósito del medicamento: \_\_\_\_\_

Efectos secundarios: \_\_\_\_\_

Instrucciones especiales: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **ES** competente de auto administrarse su medicamento con la ayuda de personal escolar entrenado.  
(Nombre del estudiante)

\_\_\_\_\_ **NO ES** competente de auto administrarse su medicamento y necesitará que el medicamento le sea administrado por la enfermera / personal escolar entrenado o padre / representante.  
(Nombre del estudiante)

Doy permiso para que el personal de las Escuelas de Johnson City se comunique con el medico que prescribe el medicamento en caso de que haya preguntas sobre el/los medicamento(s). El medico tiene mi permiso para hablar sobre el medicamento, el diagnóstico, los efectos secundarios, etc. con el personal de las Escuelas de Johnson City.

**A menos que se especifique lo contrario, la duración de este consentimiento será para todo el año escolar.** Es responsabilidad del padre / representante recoger en la escuela cualquier medicamento no usado dentro de los 7 días siguientes al último día de la administración programada o el medicamento será descartado por la enfermera de la escuela. **NO SE ENVIARÁN MEDICAMENTOS A CASA CON LOS ESTUDIANTES.**

Firma del Padres / Representante \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_  
(Requerido para todos los medicamentos – Prescritos y No-Prescritos)

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
(Requerido para todos los Medicamentos Prescritos y Medicamentos No Prescritos que serán administrados en forma regular por un periodo de más de cuatro semanas)