

**Distrito Escolar Independiente de McKinney  
Servicios Escolares de la Salud**

**Formulario para la Administración de Medicamentos  
QUE NO REQUIEREN PRESCRIPCIÓN**

valido para el año escolar \_\_\_\_\_

**SOLICITUD DE LOS PADRES PARA LA ADMINISTRACION A UN ESTUDIANTE  
DE MEDICAMENTOS QUE NO REQUIEREN PRESCRIPCIÓN**

Los medicamentos que no requieren prescripción médica TIENEN que estar en su envase original con el nombre del estudiante escrito en el envase. Debido a las limitaciones de espacio, la clínica no puede almacenar ningún **envase con más de 30 dosis o tabletas**. La firma del padre es requerida para almacenar en la clínica los medicamentos que no requieren prescripción médica durante todo el año escolar. No obstante, los medicamentos que no requieren prescripción médica serán administrados de acuerdo a las instrucciones en la etiqueta del envase, a menos que de otro modo sea indicado por un médico. Los medicamentos que no requieren prescripción médica no serán administrados durante más de cinco (5) días escolares consecutivos sin la firma de un médico.

NOTA: No es posible para nosotros almacenar ningún medicamento durante el receso del verano. Por consiguiente, se dispondrá de todo medicamento abandonado en la clínica después del último día de clases.

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de la solicitud: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ # de Tel. del hogar: \_\_\_\_\_

Maestra/o: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_ a expiro en \_\_\_\_\_

Condición médica para la cual se administra el medicamento: \_\_\_\_\_

Cantidad o dosis a ser administrada: \_\_\_\_\_ Hora de comienzo: \_\_\_\_\_

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

Fecha en que se discontinuará el medicamento: \_\_\_\_\_

Yo comprendo que no es posible administrar el medicamento arriba indicado fuera del horario regular de clases. Yo solicito que este medicamento sea administrado por un/a funcionario/a escolar. Yo comprendo que ni el Distrito Escolar, la Mesa Directiva, ni los empleados del Distrito Escolar asumirán la responsabilidad por daños o lesiones que resulten a causa de la administración de este medicamento.

Yo comprendo que si en algún momento un adulto que esté supervisando a mi hijo/a crea que la vida de él/ella está en peligro los Servicios de Emergencia Médica (911) serán activados, y yo estoy de acuerdo que mi seguro médico o yo asumiremos la responsabilidad por todos los gastos que se incurran como resultado.

*Yo otorgo mi consentimiento a la divulgación de la información médica contenida en este formulario a los funcionarios escolares que tienen un interés educativo legítimo en dicha información, conforme a la Política de la Mesa Directiva y al Acta de Derechos Educativos y de Privacidad para las Familias. Yo otorgo mi autorización para la divulgación a terceras partes de la información confidencial concerniente a los problemas específicos de la salud de mi niño/a, otros que no sean funcionarios escolares, según sea requerido para facilitar el cuidado médico y/o tratamiento de mi niño/a. Yo autorizo a la enfermera y al doctor a que hablen o clarifiquen esta orden médica, y también que hablen sobre la respuesta del estudiante al medicamento prescripto según sea necesario por ley (Nurse Practice and Medical Practice Acts of Texas).*

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono durante las horas laborables