

**AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN EL DISTRITO ESCOLAR DE VANCOUVER  
(Incluye administración oral, ungüentos, gotas para los ojos o gotas para los oídos)**

Nombre del/de la Estudiante: \_\_\_\_\_ Año Escolar: \_\_\_\_\_  
 Fecha nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Fax de la Escuela: \_\_\_\_\_

**ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL PROFESIONAL LICENCIADO DE LA SALUD (LHP) QUE RECETA AL ALCANCE DE SU AUTORIDAD RECETADORA**

Nombre del Medicamento: _____		
Dosis/Frecuencia: _____		
Diagnóstico o razón por la cual toma el medicamento: _____ Si se suministra cuando sea necesario (PRN), especifique el periodo de tiempo entre dosis: _____		
Posibles efectos secundarios del medicamento: _____ ¿Qué efectos secundarios visibles desea usted que le reportemos?: _____		
¿El estudiante es capaz de llevar consigo y usar el inhalador? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> y/o Epi-pen Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Yo solicito y autorizo a que se administre al/a la estudiante arriba nombrado/a el medicamento oral, ungüento, gotas para los ojos o gotas para los oídos arriba identificados, o la inyección de Epi-Pen de acuerdo con las instrucciones arriba descritas desde _____ hasta _____ (no debe exceder el año escolar corriente), debido a que existe una razón de salud válida por la cual se aconseja la administración del medicamento durante la jornada escolar.		
Profesional Licenciado de la Salud recetante (se requiere firma)	Nombre de la Clínica	Fecha
Nombre(use letra de molde)	Teléfono	Número deFax

Por favor, tome nota:

1. Los medicamentos recetados deben ser provistos en el recipiente (pomo) etiquetado por el farmacéutico con el nombre de su niño/a, el nombre del medicamento, la dosis y la frecuencia con que el medicamento debe de ser administrado.
2. Los medicamentos adquiridos sin receta deben estar en el recipiente (pomo) original.
3. Si hay que administrar muestras de medicinas, estas deben estar etiquetadas con el nombre del estudiante, la dosis y la hora de administración.
4. Los medicamentos deberán ser traídos a la escuela por el padre/la madre o tutor.

**ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL PADRE /LA MADRE/TUTOR**

Yo solicito y autorizo a la escuela a que administre el medicamento al/a la estudiante arriba identificado de acuerdo con las instrucciones del proveedor de asistencia médica. La confidencialidad de la información provista al distrito escolar de mi estudiante está protegida por la Ley Federal de los Derechos Educativos y de Privacidad de la Familia. Puedo cancelar ésta autorización, dirigiéndome por escrito al distrito escolar de mi estudiante. De así hacerlo, esto no afectará ninguna acción que ya haya sido tomada por el distrito escolar, basada en ésta autorización.

Una vez que la información sobre el cuidado médico haya sido revelada, la persona u organización que la reciba podrá volver a revelarla solamente de acuerdo con las leyes aplicables.

Ustedes tienen mi permiso para comunicarse con este proveedor de asistencia médica para hacer arreglos para el cuidado y supervisión de mi niño/a.

Doy permiso al profesional de asistencia médica para enviar esta información a la escuela vía fax  Sí  No

Permiso para que mi estudiante lleve consigo y se administre el inhalador  Sí  No

Permiso para que mi estudiante lleve consigo y se administre el Epi-pen  Sí  No

Entiendo que el distrito no contraerá obligación como resultado de cualquier lesión que surja de la auto administración de medicamento por el estudiante y los padres/tutores indemnizarán y eximirán de responsabilidad al distrito y sus empleados o agentes contra cualquier reclamo que surja de la auto-administración de medicamento por parte del estudiante.

\_\_\_\_\_  
 Firma del Padre/la Madre/Tutor Fecha de la firma

**AUTHORIZATION FOR ADMINISTRATION OF MEDICATION IN VANCOUVER SCHOOL DISTRICT  
(Includes oral administration, topical medications, eye drops, or ear drops)**

Student's Name: \_\_\_\_\_ School Year: \_\_\_\_\_  
 DOB: \_\_\_\_\_ Gr.: \_\_\_\_\_ School: \_\_\_\_\_ School Fax: \_\_\_\_\_

**THIS PORTION TO BE COMPLETED BY THE LICENSED HEALTH PROFESSIONAL (LHP)  
PRESCRIBING WITHIN THE SCOPE OF THEIR PRESCRIPTIVE AUTHORITY**

Name of Medication: _____		
Dosage/Frequency: _____		
Diagnosis or reason for medication: _____		
If given PRN, specify the length of time between doses: _____		
Possible major side effects of medication: _____		
What observable side effects do you want us to report: _____		
Student is capable of carrying/administering inhaler Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> and/or Epi-pen Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
I request and authorize that the above-named student be administered the above identified oral medication, topical medication, eye drops, ear drops, or Epi-Pen injection in accordance with the instructions indicated above from _____ to _____ (not to exceed current school year), as there exists a valid health reason which makes administration of the medication advisable during school hours.		
Prescribing Licensed Health Professional (Signature required)	Clinic Name	Date
_____	_____	_____
Name (Print or type)	Telephone	Fax
_____	_____	_____

Please note:

1. Prescribed medication must be provided in the container labeled by the pharmacist with the name of your child, the name of the medication, the dosage and frequency in which the medication is to be given.
2. Over the counter medications must be in the original container.
3. If samples of medication are to be given, they must be labeled with the name of the student, dosage, and time to be given.
4. Medications must be brought to the school by the parent/ guardian.

**THIS PORTION TO BE COMPLETED BY THE PARENT/ GUARDIAN**

I request and authorize the school to administer medication to the above identified student in accordance with the health care provider's instructions. Confidentiality of information provided to my student's school district is protected by the federal Family Educational Rights and Privacy Act. I may revoke this authorization by writing to my student's school district. If I did, it would not affect any actions already taken by the school district based upon this authorization.		
Once health care information is disclosed, the person or organization who receives it may re-disclose it only in conformance with applicable confidentiality laws.		
You have my permission to communicate with this health care provider in order to make arrangements for the care and supervision of my child. I give the health care professional:		
Permission to fax this form to the school	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Permission for my student to carry and self-administer inhaler	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Permission for my student to carry and self-administer Epi-pen	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
I understand the district shall incur no liability as a result of any injury arising from the self-administration of medication by the student, and parents/guardians shall indemnify and hold harmless the district and its employees or agents against any claim arising out of the self-administration of medication by the student.		
_____	_____	
Parent/Guardian Signature	Date of Signature	