

SOLICITUD PARA MEDICAMENTOS / TRATAMIENTO DE PERMISO 2025-2026

Portage Community School District

Los medicamentos se deberían dar en casa en cuanto sea posible. Toda porción de este formulario que corresponde se tiene que rellenar antes de que el medicamento o tratamiento se pueda dar en la escuela. **Se requiere un formulario para CADA medicamento o tratamiento.** Aprobado 9.2011, rev. 1.2025

ESTUDIANTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ GRADO: _____ PESO: _____ (libras)

TELÉFONO: ____/____/____ Nombre y teléfono del médico: _____

MEDICAMENTO / TRATAMIENTO:

Nombre del Medicamento o Tratamiento necesario: _____

Diagnóstico o explicación: _____

La hora indicada para darlo en la escuela: _____ O cuando sea necesario y cuándo se puede repetir:: _____

Fechas para darlo en la escuela (**obligatorio**): Fecha inicial (mes/día/año): _____ Fecha final (mes/día/año): _____

Dosis en la escuela: _____ Manera: Boca _____ Inyección _____ Inhalación _____ Otra _____

Instrucciones en la etiqueta: _____

Precauciones/efectos secundarios importantes: _____

PERMISO DEL PADRE/TUTOR: Revise cada punto antes de firmar

- Yo entiendo que todo medicamento se debería entregar a la escuela y recogido en la escuela por el padre/tutor/adulto responsable a menos que el médico indique posesión propia, administración propia a continuación.
- Yo pido y autorizo que el personal de la escuela administre este medicamento o tratamiento en la escuela.
- Yo proporcionaré el medicamento en su contenedor original, con fecha vigente y etiqueta apropiada. (Pida frasco extra del farmacéutico.)
- Yo obtendré la nueva orden médica y notificaré a la escuela por escrito de todo cambio.
- Yo autorizo al personal de la escuela de intercambiar información verbalmente o por escrito relacionada con este medicamento o las condiciones por las cuales se ha recetado con el médico de mi hijo. Esta información será guardada por 7 años después de la fecha de asistencia final del niño.
- Yo proporcionaré una foto de mi niño para adjuntar a este formulario o se tomará una foto en la escuela para este propósito.
- Yo entiendo que el personal escolar capacitado, no médicos, administrarán el medicamento/tratamiento.
- Yo acepto mantener indemne al Distrito Escolar, sus empleados, y sus agentes que se comportan conforme al ámbito de sus responsabilidades con respecto a todo reclamo que surja de la administración de este medicamento en la escuela.
- Para los estudiantes de toda edad – INHALADORES DE ASMA Y EPI PENS SOLAMENTE:
- Este estudiante está capacitado para la administración propia y puede poseer un inhalador o EPI PEN y administrarlo en la escuela.
- SI NO (SE REQUIERE aprobación y firma médica también.)
- ESTUDIANTE DE PORTAGE HIGH SCHOOL SOLAMENTE MEDICAMENTOS LEGALES:
- Este estudiante está capacitado para la administración propia y puede poseer todo medicamento legal y administrarlo en la escuela.
- SI NO (SE REQUIERE aprobación y firma médica también.)
- Mi firma indica que he leído la información completamente y la entiendo.

_____/_____/_____
Firma del Padre/Tutor Legal (Escriba el nombre después de la firma) Teléfono de casa o celular Teléfono de trabajo Fecha

ORDEN MÉDICA: (Favor de completar por cada medicamento/tratamiento)

El medicamento/tratamiento indicado anteriormente se debe administrar durante el día escolar conforme a las instrucciones y acuerdos anteriormente mencionados. Yo acepto recibir comunicación sobre el estudiante/medicamento/tratamiento y entiendo que el personal escolar capacitado, no médicos, administrarán el medicamento/tratamiento. Comuníquense conmigo si ocurren los siguientes síntomas:

POSESIÓN Y ADMINISTRACION- ESCOGE UNA OPCIÓN

Para los estudiantes de toda edad – INHALADORES DE ASMA Y EPI PENS SOLAMENTE: Este estudiante y sus padres/tutores han recibido capacitación para la administración propia y el estudiante puede poseer el inhalador o la EPI pen y administrarla en la escuela. SI NO

ESTUDIANTE DE PORTAGE HIGH SCHOOL SOLAMENTE MEDICAMENTOS LEGALES: Este estudiante y sus padres/tutores han recibido instrucción y han demostrado la capacidad para que el estudiante posea todo medicamento legal y lo administre en la escuela. SI NO

_____/_____/_____
Firma del Trabajador Médico Fecha Teléfono

Escriba el Nombre Nombre y Dirección de la Clínica FAX de la Clínica

Completado Por El Padre