



Student Health Services
 Telephone: (806) 219-0466
 Fax: (806) 766-6680

COPY MEDICATION LOG ON BACK OF FORM

Solicitud Para Administrar Medicamento

Cuando sea necesario que su hijo/a reciba algún medicamento durante el horario de la escuela, deberán seguirse los siguientes trámites:

- Los padres/tutores deben proporcionar y entregar todos los medicamentos a la escuela. No envíe más de 30 días de suministro de medicamentos.
- Todos los medicamentos deben estar en su **envase original**, claramente etiquetados con el nombre del estudiante y la dosis y/o la dosis adecuada para la edad y las instrucciones para la administración.
- La solicitud para administrar el medicamento debe ser completada cada año escolar y cuando haya algún cambio en la información de la solicitud original, incluyendo un cambio en el medicamento y/o en la dosis. Debe completarse un formulario para cada medicamento, aunque el medicamento tenga que administrarse más de dos veces al día durante el periodo de la escuela.
- Solo serán administrados los medicamentos con o sin receta que estén aprobados por la FDA y que estén fabricados en los Estados Unidos. **No se aceptarán preparaciones Homeopáticas, la alergia la inyección.**
- Se alienta a los padres/tutores a recoger todos los medicamentos inmediatamente después de que termine su administración. **Al Final Del Año Escolar, Todos Los Medicamentos Que No Hayan Sido Recogidos Por El Padre/Tutor Seran Destruídos. Ningun Medicamento Permanecera En La Escuela Durante Los Meses De Verano.**

FECHA: _____ ESTUDIANTE: _____ FECHA DE NAC: _____

ALERGIAS: _____ MAESTRO: _____ GRADO/SALON: _____

MEDICAMENTO: _____ DOSIS: _____ FECHA DE CADUCIDAD: _____

TIEMPO que se administrará _____ FECHAS que se administrará: _____

ENFERMEDAD por la que se requiere el medicamento: _____

Instrucciones Especiales/Precauciones/Efectos Secundarios Del Medicamento En Su Hijo/A: _____

SI- EL ESTUDIANTE puede tomar la dosis matutina del medicamento en la escuela, si olvidó hacerlo en casa, con la autorización telefónica del padre de familia.

Nombre del MEDICO: _____ Telefono: _____

Mi firma en la parte de abajo indica que solicito que el personal del LISD administre a mi hijo/a el medicamento especificado anteriormente y que doy mi permiso para que el personal del LISD se ponga en contacto con el médico para obtener información adicional, si es necesario.

Nombre Del Padre/Tutor _____ FIRMA: _____

Telefono (Hogar): _____ (Trabajo): _____ (Cel): _____

Correo electrónico: _____

Medication Count: (Controlled Medications Must Be Counted)

FOR LISD STAFF ONLY!

Date	# Pills	Counter's Signature	Witness Signature	Date	# Pills	Counter's Signature	Witness Signature

Comments: (Indicated by * on Back of Form)

Date	Comments	Date	Comments	Date	Nurse Review	Date	Nurse Review

End-Of-Year Medication Dispensation: (HSC=Health Services Coordinator)

Dates Letter Sent Home-OPTIONAL	Initials	Dates Phone Contact Attempted-OPTIONAL	Initials	Date Med Picked Up by Parent/Guardian-REQUIRED	Initials
				Date Med to HSC to be Destroyed-REQUIRED	Initials