

LAKEWOOD PUBLIC SCHOOLS

SISTEMA DE TRATAMIENTO DE MEDICINA

Estimados Padres/Guardiánes:

La administración de medicina por medico de la enfermera escolar no es favorecido porque no es una funcion de educación normalmente. Los estudiantes con enfermedades crónicas y discapacidades específicas, pero, muchas veces requieren medicamentos durante el curso del día. Si su medico decide que es necesario que su hijo/a tome medicamentos durante el día escolar, es el sistema del distrito que lo siguiente sea tomado:

1. **Órdenes escritas** tienen que ser proveídas a la escuela por medio del médico indicando la diagnosis o clase de enfermedad, el nombre de la medicina, cuanto se debe aplicar o administrar y cuando.
2. El padre/guardián tiene que proveer una **petición escrita** para la administración del medicamento en la escuela.
3. El medicamento tiene que ser traído a la escuela en el **envase original**, con el marbete apropiado por la farmacia o medico. La medicina debe ser traído por los padres/guardian.

Éste sistema de medicamento incluye tantas las medicinas regulares como las recetadas. **Estudiantes son prohibidos de cargar ningún tipo de medicina(s) a menos que halla permiso escrita del medico.**

Gracias por su cooperación.

Atentamente,

Enfermera Escolar

Estimados Padres/Guardianes:

Tratamos de evitar que los estudiantes tomen medicina en la escuela. Sin embargo, si su Proveedor de Servicio de Salud decide que es necesario que un estudiante lo haga, se necesita la aprobación e instrucciones específicas para poder hacerlo.

Los padres deben d entregar la medicina a la enfermera en el frasco/botella con la receta original.

Nombre de Estudiante _____

Dirección _____

SER LLENADO POR EL PROVEEDOR DE SERVICIO DE SALUD

Día de orden _____ Nombre de medicina _____

Dosis para ser dada _____

Hora y circunstancias de administración la escuela _____

¿Se puede esperar una reacción? _____ Si su respuesta es si, favor de describir:

¿Las reacciones han sido explicadas a los padres/guardián por el doctor? Si ____ No ____

Proveedor de Servicio de Salud

Yo, padre/madre/guardián de _____ conozco los posibles efectos de la medicina recetada por el médico. Doy permiso que la enfermera le de la medicina a mi hijo/a en la escuela.

Firma de padre/madre/guardián

Fecha

Nota: Los estudiantes NO pueden tampoco tomar en la escuela MEDICINAS que se pueden conseguir SIN RECETA del médico.