**Milwaukee Seventh-day Adventist School**

**(updated 7-1-24)**

**Orden del Proveedor Medico para la Administración de Medicamentos con Receta**

**Padre/Tutor Formulario de Consentimiento para Medicamentos con Receta**

Por favor escriba

Esta orden y el consentimiento para medicamentos son necesarios que sean completados y presentados a la escuela del niño antes de que cualquier medicamento pueda ser administrado a un niño durante el día escolar.

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grado Escolar: \_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Celular de la Madre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular del Padres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

• Doy permiso a las personas designadas por el director para darle un medicamento (s) a mi hijo(a) de acuerdo a las instrucciones.
• Como padre o tutor Yo entiendo que debo proporcionar todos los medicamentos a la escuela.
• Todos los medicamentos deben estar en sus envases originales.
• Yo autorizo ​​al personal de la escuela para el intercambio de información con el proveedor médico de mi hijo(a) con respecto a este medicamento o la enfermedad para la que se recete.
• Libero a la escuela de cualquier reclamo de responsabilidad de la administración de este medicamento según las indicaciones.
• Voy a notificar a la escuela por escrito de cualquier cambio. Cambios en la receta de medicamentos requiere una nueva orden del médico.
• Yo entiendo que como padre o tutor, seré el responsable de transportar el medicamento a la escuela para el personal autorizado designado para administrar medicamentos.
• Entiendo que todos los medicamentos deben ser recogidos por el padre o tutor al final del año escolar o serán destruidos.

**DEBE FIRMAR SI EL MEDICAMENTO DEBE SER ADMISTRADO POR LA ESCUELA:
Personal autorizado de la escuela puede dar medicamentos a mi hijo(a) como se indica por el padre, tutor o profesional.
Firma del Padre o Tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Orden del proveedor médico para cada Medicamento Recetado**

Nombre de Medicamento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Diagnostico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Efectos Secundarios: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_Frecuencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Como Administrar: Oral \_\_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_\_ (Si es otro, por favor mencione como) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Duración: Año Escolar Entero \_\_\_\_ o Números de Días\_\_\_\_\_\_ Fecha de Inicio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Instrucciones Especiales: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medicamentos que se utilizan según sea necesario, se debe administrar bajo que condiciones: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

El estudiante puede tomar los medicamentos antes mencionados en la escuela sin la autorización del personal escolar autorizado a la dispensación del medicamento. (Ejemplo: inhaladores para el asma) Si: \_\_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_\_

**Nombre del Proveedor Medico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del Proveedor Medico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **La firma del Proveedor medico es necesaria para todos los medicamentos recetados**

**Clínica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Wisconsin Statute 118.29, 118.291**