



HEALTH SERVICES
Richardson Independent School District
Petición de los Padre y/o Doctor para La Administración de Medicamentos
por El Personal de la Escuela

2017-2018

Fecha: _____ Escuela: _____ Maestra/Grado: _____

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Medicamento: _____ Fecha de Vencimiento: _____ Dosis: _____

El método de administración: por la boca inhalación tópico ojo(s) oído(s) nasal inyección (círculo: IM SQ IV)
 rectal GT/JT

Horas para dárselo: _____ Fecha en que debe terminar: _____

El medicamento es requerido por: _____

¿Ha tomado su hijo(a) este medicamento antes? **SÍ NO**

Alergias medicamentosas: No alergias medicamentosas conocidas Alergia: _____

Instrucciones Especiales/Precauciones/Efectos Secundarios del medicamento: _____

Favor de indicar como le gustara que se devuelva el medicamento a su casa:

Enviar a casa en la mochila del estudiante* recogido por el padre o el tutor legal por favor descarte las dosis restantes

* Las sustancias controladas, por ejemplo, el Ritalin o sales de anfetamina deben ser recogidas por un padre o tutor legal, no deberan ser devueltos a el estudiante.

El distrito tomar las medidas razonables para almacenar medicamentos a temperatura ambiente a menos se requiere la refrigeración. Los padres deben tomar medicamentos casero durante vacaciones escolares para evitar la exposición de medicamentos un calor o frío extremos.

Mi firma abajo indica que yo pido el personal de RISD administre el medicamento como se indica arriba a mi hijo/hija, y yo estoy dando permiso para los empleados de RISD contacten al médico por información adicional, si es necesario. Entiendo que para los medicamentos de venta con receta, solo un suministro de 30 días, se acepta a la vez.

Firma de un Padre o Guardián: _____ e-mail: _____

Teléfono del Guardián Durante el Día: (____) _____ - _____ Celular: (____) _____ - _____

Nombre del Doctor: _____ Teléfono: (____) _____ - _____

* La firma del medico es necesaria para administrar medicamentos de venta libre por mas de diez dias escolares consecutivos desde la fecha de la solicitud original. Medicamento con la etiqueta impresa de la farmacia no requiere la firma del medico a continuacion.

* Firma del Doctor: _____

<i>FOR OFFICE USE ONLY!</i>							
							<input type="checkbox"/> Entered in Focus <input type="checkbox"/> Teacher Notified ____/____
Prescription Medication Count:							
Date	# Pills	Counter's Signature	Witness Initials	Date	# Pills	Counter's Signature	Witness Initials
Comments (Indicated by * on back of form):							
Date	Comments		Date	Comments			
				Date	RN Review		

La medicina regreso a: Padre / Estudiante _____ Fecha: _____
Parent/Student Signature

STUDENT'S NAME: _____ MEDICATION: _____

DOSAGE: _____ TIME: _____

DAY	AUG	SEPT	OCT	NOV	DEC	JAN	FEB	MAR	APR	MAY	JUNE	DAY
1												1
2												2
3												3
4												4
5												5
6												6
7												7
8												8
9												9
10												10
11												11
12												12
13												13
14												14
15												15
16												16
17												17
18												18
19												19
20												20
21												21
22												22
23												23
24												24
25												25
26												26
27												27
28												28
29												29
30												30
31												31
DAY	AUG	SEPT	OCT	NOV	DEC	JAN	FEB	MAR	APR	MAY	JUNE	DAY

CHARTING CODES

A	DC	FT	H	OOM	R	*
Absent	Discontinued	Field Trip	Hold	Out of Medication	REACH	Comments on front of form