

# SPARTA AREA SCHOOLS



## Forma de Autorización de Medicación

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

### Recordatorios de Pólizas sobre los Medicamentos:

La ley de Michigan requiere órdenes escritas del médico tratante/proveedor autorizado y autorización escrita del padre/guardián para que el personal de la escuela administre medicamentos a los estudiantes en la escuela.

“Medicamento” se refiere a cualquier preparación recetada, de venta libre (OTC), homeopática, a base de hierbas, vitamínica o mineral.

1. Los medicamentos no se pueden administrar a un estudiante sin el permiso por escrito de un padre o guardián Y de un médico/proveedor autorizado y deben actualizarse anualmente y cuando se realiza un cambio de medicamento.
2. Todos los medicamentos deben ser traídos a la escuela por un padre o guardián.
3. Todos los medicamentos deben estar en el envase original y debidamente etiquetados. El personal de la escuela no puede administrar medicamentos sin etiqueta.
4. No se deben guardar medicamentos con el estudiante, excepto aquellos necesarios para el asma, reacciones alérgicas, diabetes o trastornos convulsivos. Se deben completar formularios de autorización específicos para inhaladores, Epipens, glucagón y medicamentos para convulsiones de emergencia.
5. El padre o guardián deberá recoger los medicamentos no utilizados. No se almacenarán medicamentos durante el verano. Los medicamentos restantes se eliminarán adecuadamente al finalizar el año escolar.
6. Si su estudiante es elegible para Medicaid, los servicios de salud escolar pueden efectuarse en nombre de la escuela. La facturación del distrito escolar no afectará los beneficios futuros del plan de Medicaid de su familia.

### DEBE SER COMPLETADO POR UN MÉDICO O RECETADOR LICENCIADO:

Medication Name Nombre del Medicamento	Dosage / Dosis	Route / Ruta	Frequency / Frecuencia

Form of Medication (circle one): Tablet/capsule Liquid Inhaler Injection Other \_\_\_\_\_

Special Instructions/storage requirements: \_\_\_\_\_

Signs/symptoms for which medication is being prescribed: \_\_\_\_\_

Restrictions and/or side effects: \_\_\_\_\_

Order start date: \_\_\_\_\_ Order end date: \_\_\_\_\_

#### Please Note:

To participate in the Medicaid School Services Program, a valid prescription MUST be signed and dated by a physician/licensed prescriber and include the prescriber’s name, address, telephone number, and NPI number. Stamped signatures are not valid for school-based services.

Provider Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Printed Name: \_\_\_\_\_

NPI #: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Phone Number: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

**PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE/TUTOR:** Solicitó que el estudiante nombrado reciba el medicamento anterior en la escuela de acuerdo con la política escolar estándar. Autorizo a la enfermera de la escuela a comunicarse con el proveedor médico prometido por HIPAA. Notificará a la escuela inmediatamente si hay algún cambio en el uso del medicamento o tratamiento. Libero y acepto eximir a la Junta de Educación y a sus empleados de toda responsabilidad previsible o imprevisible por daños o lesiones que resulten directa o indirectamente de esta autorización.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso

\_\_\_\_\_  
Fecha