

Form JGCD-2

*Empowering Dreams for the Future Spanish*

**Servicios de Salud**

**AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA**

(Authorization to Give Medication)

Siempre que sea posible favor de administrar el medicamento en la casa, antes o después de las horas escolares. Si se tiene que administrar el medicamento durante las horas escolares debe de completar este formulario.

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE DEL ESTUDIANTE:** |  |

(Student’s Name)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **MAESTRO:** |  | **GRADO:** |  |

(Teacher) (Grade)

Autorizo al Sistema Escolar del Condado de Cobb a ayudar a mi hijo(a) tomar este medicamento. Entiendo que:

* Los medicamentos tienen que estar en su envase original con la etiqueta. Dos envases con la etiqueta pueden ser facilitados por el farmacéutico para este propósito. No se administrarán medicamentos enviados en bolsas plásticas o en envases sin etiqueta. Si su hijo(a) toma medicamentos diariamente, por favor envié un envase adicional para viajes y para el Programa Después de Clases (ASP).
* Es necesario tener autorización del padre/tutor por escrito para administrar los medicamentos.
* El padre/tutor tiene que informar a la escuela de cualquier cambio en el medicamento. Medicamentos nuevos o dosis diferentes no serán administradas sin antes haber completado otro de estos formularios.
* El padre tiene que traer los medicamentos a la oficina/clínica.
* Cualquier medicamento sin usar será descartado a menos que lo recoja dentro de una semana después que se descontinúe el medicamento. Si el medicamento es administrado durante el año escolar, el mismo será descartado de acuerdo con el reglamento de medicamento sección IX.

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE DEL MEDICAMENTO: |  |

(Name of Medication)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DOSIS: |  | MODO DE ADMINISTRAR\*: |  | HORA(S): |  |

(Dose) (Route) (Times to be given)

|  |  |
| --- | --- |
| FECHA DE TERMINAR EL MEDICAMENTO: |  |

(Date to discontinue medication)

|  |  |
| --- | --- |
| CONDICIÓN/ENFERMEDAD QUE REQUIERE MEDICAMENTO: |  |

(Condition/illness requiring medication)

|  |  |
| --- | --- |
| EFECTOS SECUNDARIOS, SI LOS HAY: |  |

Possible side effects, if any)

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE DEL MÉDICO: |  |

(Licensed Health Care Provider)

|  |  |
| --- | --- |
| NÚMERO DE LICENCIA DEL MÉDICO: |  |

(Licensed Health Care Provider’s Phone)

Por el presente testamento yo renuncio y absuelvo y además estoy de acuerdo en indemnizar, eximir de responsabilidad o rembolsar a la Junta Educativa del Condado de Cobb, al Distrito Escolar del Condado de Cobb, sus empleados, agentes, representantes, y todos los demás oficiales, de cualquier y toda reclamación, acción, demanda, pérdida, costos, gastos y responsabilidad en caso de un accidente o cualquier otro percance debido a negligencia en la administración de dicho medicamento o por motivo de efectos secundarios, enfermedad o cualquier otra lesión o herida que pueda ocurrirle a mi hijo(a) mediante la administración de dicho medicamento. Y por el presente testamento yo relevo a la junta antes mencionada, al distrito, sus empleados y oficiales de cualquier responsabilidad, demanda o reclamación de cualquier naturaleza o tipo, que pueda surgir como resultado de la administración del medicamento de acuerdo con esta solicitud.

Firma del Padre/Tutor Legal Fecha

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Número de Teléfono de la** | | **Número de Teléfono del** | | **Número de Teléfono** | |
| **Casa:** |  | **Trabajo:** |  | **Celular:** |  |

\*Modo de administrar: por boca, inyección, inhalar, rectal, etc.