



SCHOOL DISTRICT 54

Ensuring Student Success

524 East Schaumburg Road
Schaumburg, Illinois 60194

Phone 847/357-5052
FAX 847/357-5157
TTY 847/357-5076
<http://www.sd54.org>

Andrew D. DuRoss
Superintendent of Schools

Cassandra Williams
Assistant Superintendent
Student and Administrative Services

MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

El Distrito 54 reconoce que en un momento dado, algunos niños pueden asistir a clases mediante el uso efectivo de medicamentos en el tratamiento de una enfermedad o deshabilidad. La Mesa Directiva de Educación opina que medicamentos deben de administrarse en la casa, pero reconoce que a veces es necesario dar medicamentos durante el día escolar. En tales casos, la administración de medicamentos a los estudiantes se somete a los siguientes reglamentos:

1. Una orden escrita por el médico detallando el nombre del medicamento, dosis e intervalo de tiempo en que se tiene que tomar. Además, el médico debe de anotar cualquier cuidado especial o detalle de administración según se requiere en la forma "Pedido de Medicamentos por el Doctor". La escuela debe de ser notificado por escrito de cualquier cambio de medicamentos.
2. Permiso escrito del padre/guardián es necesario para que el niño/a reciba medicamentos durante las horas de escuela. El permiso debe de renovarse cada año en la forma "Autorización Médica". **Firme abajo.**
3. El medicamento debe de ser entregado por los padres después de una consulta con la enfermera de la escuela.
4. El medicamento debe de presentarse en un envase apropiadamente marcado por el farmacéutico o el médico y se guardará en un gabinete bajo candado en la oficina de la escuela.
5. Cuando sea posible, el/a mismo niño/a debe administrarse el medicamento bajo supervisión de un adulto.
6. Cuando no sea posible que el/a niño/a tome su medicamento solo/a, la administración del medicamento será bajo la supervisión de la enfermera de la escuela. Si no es posible que la enfermera esté presente, supervisión por el/a Director/a, secretaria o maestro/a será necesaria, después de recibir instrucciones de la enfermera de la escuela sobre los procedimientos correctos a seguir.
7. El Distrito Escolar mantiene la discreción de rechazar pedidos de administración de medicamentos.

Nombre del Estudiante: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Grado:** _____ **Salon:** _____

Por medio de la presente, confirmo mi responsabilidad de administrar medicamentos a mi hijo/a. Sin embargo, en el caso de que no pueda yo, doy mi autorización al Distrito 54 y sus empleados y agentes, en mi lugar, de dar o intentar darle a mi hijo/a (o permitirle a mi hijo/a darse a si mismo, bajo supervisión de los empleados o agentes del Distrito 54) medicamentos recetados bajo la ley en la manera descrita arriba. **RECONOZCO QUE PUEDE QUE SEA NECESARIO DE QUE UNA PERSONA NO CERTIFICADA COMO ENFERMERA TENGA QUE ADMINISTRARLE LOS MEDICAMENTOS Y ESPECÍFICAMENTE DOY MI PERMISO PARA TALES CASOS.** Además reconozco y estoy de acuerdo en que cuando se administran medicamentos recetados bajo la ley, o se intenta administrarlos, renuncio cualquier reclamación en contra del Distrito Escolar, sus empleados, y agentes por darle nombrado medicamento. Además, pronuncio sin culpa al Distrito Escolar, sus empleados, agentes, juntos o por separado, en cuanto a cualquier reclamación o daños, por causa de acciones o intentos en cuanto a la administración o intentos de administración de tal medicamento.

Quiero que mi hijo(a) cargue un inhalador o epi-pen en todo momento. Si No

Firma de Padre/Guardián: _____ Fecha: _____



SCHOOL DISTRICT 54

Ensuring Student Success

PHYSICIAN'S MEDICATION ORDER

Student Name: _____ Birthdate: _____

Diagnosis: _____

PHYSICIAN'S ORDERS: (to be completed by physician)

1. Medication: _____

Dose: _____ Time of Administration: _____

Possible Adverse Effects: _____

Special Instructions: _____

2. Medication: _____

Dose: _____ Time of Administration: _____

Possible Adverse Effects: _____

Special Instructions: _____

Student may carry inhaler/or Epi-pen at all times Yes No

Signature of Physician

Date

Physician's Printed Name: _____

Office Address: _____

Office Phone: _____ Fax Number: _____

Please Fax this form to: _____ **at:** _____