



DISTRITO ESCOLAR DE WESTFIELD

Formulario de solicitud/consentimiento para la administración de medicamentos

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Escuela: ☐ CES ☐ OES ☐ WES ☐ WMS ☐ WHS Calificación: _____

Nombre del medicamento: _____

Forma de medicamento: ☐ Tableta/Cápsula ☐ Líquido ☐ Inhalador ☐ Inyección ☐ Otro _____

Ruta de entrega: ☐ Por boca ☐ Tópico ☐ Inhalado ☐ Inyectado ☐ Otro _____

Dosis y frecuencia (ejemplo: un comprimido de 5 mg dos veces al día, a las 10:00 y a las 14:00): _____

Horario(s) a dar en la escuela: _____ OSEGÚN SEA NECESARIO (PRN)

Fechas a proporcionar: _____ a _____ O 8/1/2026 hasta el 31/7/2027 (límite de un año escolar)

Para medicamentos recetados, motivo/afección para la que se prescribe el medicamento: _____

Para uso según sea necesario Medicamentos, Síntomas/Ccondiciones para Medicación que se debe administrar: _____

**** SOLO PARA EPINEFRINA, INHALADOR DE RESCATE PARA EL ASMA, SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS, GLUCAGÓN, marque si corresponde:**

☐ Solicito que se le permita a este estudiante portar y autoadministrarse la medicación indicada anteriormente. Me hago responsable de este permiso.

SOLICITUD/CONSENTIMIENTO DEL PADRE/MADRE/TUTOR

Por la presente, autorizo al Distrito Escolar de Westfield a administrarle medicamentos a mi hijo/a según las instrucciones indicadas anteriormente y, además, autorizo al Distrito Escolar a contactar al médico de mi hijo/a.. Acepto eximir de toda responsabilidad al Distrito Escolar, a sus empleados y agentes que actúan dentro del ámbito de sus funciones, ante cualquier reclamación derivada de la administración de este medicamento en la escuela.. Asimismo, me comprometo a informar a la escuela de inmediato y por escrito sobre cualquier cambio en la prescripción de medicamentos. Acepto obtener una nueva orden médica para cualquier cambio en la dosis, el horario, etc., de los medicamentos recetados.

Entiendo que los medicamentos de venta libre (sin receta) que se toman según sea necesario no se pueden enviar en las excursiones escolares a menos que la enfermera escolar los considere médicamente necesarios. Suministraré cantidades limitadas del medicamento en el **original, etiquetado, sin abrir el envase, con el nombre completo del niño, nombre del medicamento y dosis, hora y cantidad a administrar y el nombre del médico..**

Acepto entregar el medicamento en la oficina de la escuela de mi hijo/a. Acepto no enviar ningún medicamento a la escuela con mi hijo/a. Acepto recoger el medicamento al final del año escolar (o al final de la escuela de verano si mi hijo/a lo necesita). (Asiste a la escuela de verano); y reconozco que la enfermera escolar se encargará de desechar el medicamento adecuadamente si no lo recojo en este momento. Reconozco que la escuela no es responsable de almacenar los medicamentos durante el verano.

Me comprometo a proporcionarle a mi hijo/a sus medicamentos de emergencia (epinefrina, inhalador de rescate, suministros para la diabetes, glucagón) y a que los lleve consigo a todas las actividades extraescolares, incluyendo prácticas, partidos y eventos deportivos. Acepto que es responsabilidad de mi hijo/a asegurarse de tener sus medicamentos de emergencia consigo en todo momento durante las actividades extraescolares.

Firma del padre/tutor legal Nombre en letra de imprenta Fecha Número de teléfono

ORDEN MÉDICA (SOLO NECESARIO) PARA PREMEDICAMENTOS RECETADOS SI NO SE SIGUE LA DOSIS INDICADA, ETC.

El médico cuya firma se muestra a continuación ordena la administración del medicamento según lo prescrito anteriormente, acepta recibir comunicaciones sobre el estudiante/medicamento y entiende que el medicamento será administrado por personal escolar no capacitado médicamente.

Firma del proveedor/médico Nombre impreso Fecha Número de teléfono Número de fax

Las leyes de Wisconsin 118.291 y 118.292 permiten que un estudiante responsable y capacitado lleve y/o se autoadministre medicamentos para el asma o alergias graves. **reacción (anafiláctica) Debe llevar consigo un dispositivo médico para su uso inmediato en caso de emergencia que ponga en peligro su vida, con la correspondiente orden médica por escrito, solicitud de los padres y aprobación de la enfermera escolar. Rev. 6/2021

Los números de fax se indican a continuación:

OESTE: 608-296-4001 OES: 608-893-6531

CES: 608-893-6491 WMS/WHS: 608-893-7263

Oficina del distrito: 608-296-2938

SÓLO PERSONAL:

- ☐ Med recibió y coincide con el formulario ☐ Med ingresó en Skyward
- ☐ Fecha de caducidad y restricciones de edad comprobadas ☐ Formulario enviado a la enfermera
- ☐ Firmas necesarias verificadas ☐ Formulario subido a Skyward