





**DISTRITO ESCOLAR DE YSLETA**  
**SERVICIOS DE SALUD ESCOLARES – PERMISO DE MEDICAMENTOS**  
**ORDEN ESCRITA DEL MEDICO/CONSENTIMIENTO DEL PADRE**

Si es necesario administrar algún medicamento y/o un procedimiento de cuidado de salud al estudiante durante el horario regular escolar por alguna enfermedad o incapacidad, es necesario que el Distrito reciba lo siguiente:

1. Una declaración de Orden Escrita del Médico/Consentimiento del Padre con fecha del año escolar ACTUAL firmada por el padre, tutor legal, u otra persona con autoridad legal para el estudiante y firmada por el médico con licencia para practicar medicina en el estado de Texas. (Exención: Militares de los E.U.)
2. El recipiente original con la etiqueta de receta de un farmacéutico registrado con licencia para practicar en el estado de Texas, con fecha actual, nombre del estudiante, dosis que ha de ser administrada, hora y vía de administración. Esto incluye los medicamentos de venta libre.
3. No se le permite al estudiante llevar consigo su propio medicamento o administrarse su medicamento, a menos que sea ordenado por el médico. **(Los estudiantes necesitan Permiso de los Padres y una Orden por Escrito del medico, para traer en su persona Inhalantes, EpiPen, o pompas de insulina.)**
4. Se han de administrar SOLO los medicamentos y/o los procedimientos de cuidado de salud prescritos por escrito por el medico con licencia para practicar medicina en el estado de Texas. Los artículos mencionadas a continuación no serán administradas por ningún personal escolar: medicamento prescrito y/o comprado en países extranjeros, o preparaciones herbales, alternativas, o no tradicionales.
5. YISD se reserva el derecho de rechazar la medicación por cualquier motivo, a menos que dicha negativa infrinja cualquier ley federal o estatal.

**TODAS LAS ENFERMERAS DONDEQUIERA QUE SEAN EMPLEADAS DEBERÁN OBSERVAR LA LEY QUE REQUIERE QUE TENGAN UNA ORDEN POR ESCRITO DEL MEDICO ANTES DE LA ADMINISTRACIÓN DE CUALQUIER MEDICAMENTO.**

**AL FIN DEL AÑO ESCOLAR, TODOS LOS MEDICAMENTOS NO RECLAMADOS SERÁN DESTRUIDOS EL ÚLTIMO DÍA DE CLASES.**

**SE DEBE COMPLETAR POR EL PADRE Y REGRESAR ESTE FORMULARIO A LA ENFERMERA ESCOLAR**

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ NUMERO DE IDENTIFICACIÓN \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, doy permiso para que se le administre a mi hijo el medicamento aparece como dirigido por la orden del médico licenciado. Por la presente doy mi consentimiento par que se comparta la información contenida en el expediente médico de mi hijo.

- Sí  No Autorizo a mi hijo que cargue en su persona su inhalante, EpiPen, y/o pompa de insulina, según las ordenes del médico licenciado.
- Sí  No Autorizo que se le administre a mi hijo su inhalante/medicamento por personal escolar capacitado durante algún viaje de excursión.

Firma del Padre/Tutor Legal \_\_\_\_\_ Número de Teléfono, Hogar \_\_\_\_\_ Celular/Beeper \_\_\_\_\_ Número de Teléfono –Trabajo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**TO BE COMPLETED BY A LICENSED PRACTITIONER**

Diagnosis: \_\_\_\_\_

Medication #1 \_\_\_\_\_  
 Name Strength Dose Time (at school) Route

Medication #2 \_\_\_\_\_  
 Name Strength Dose Time (at school) Route

Length of Time \_\_\_\_\_ Are there any Restrictions/Precautions? \_\_\_ Yes \_\_\_ No  
 If yes, what and how long? \_\_\_\_\_

Yes  No If above medication is an inhaler, epinephrine, insulin pump, or glucagon, and the student is capable of self-administration, do you recommend that this child carry his/her own medication?

Allergies – Medication/food/other: (Please list) \_\_\_\_\_

Printed Name of Practitioner \_\_\_\_\_ Practitioner’s Signature \_\_\_\_\_ Telephone Number \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_