



Formulario de autorización para medicamentos Medication Permission Form

Código 504.31-E1
Code 504.31-E1

Para asegurar el cumplimiento de la política de Linn-Mar sobre la administración de medicamentos en la escuela, se deben seguir los procedimientos que aparecen a continuación:

To ensure compliance with Linn-Mar policy for administering medication at school, the following procedures must be followed:

⊕ **EL PADRE, LA MADRE O EL TUTOR DEBE ENTREGAR A, O RECIBIR DE, LA ESCUELA TODOS LOS MEDICAMENTOS EN EL ENVASE ORIGINAL Y DEBIDAMENTE ETIQUETADOS.**

El envase debe incluir la siguiente información: nombre del estudiante, nombre del medicamento, dosis, hora, vía de administración y datos del médico. El padre, madre o tutor legal debe dar su autorización e instrucciones por escrito para todos los medicamentos. El personal de enfermería de la escuela tendrá derecho a comunicarse con el médico que prescribe el medicamento para confirmar o aclarar las instrucciones del mismo. Es posible que se deba modificar ligeramente la hora de administración del medicamento para que se ajuste al horario del estudiante.

ALL MEDICATION MUST BE DELIVERED TO AND FROM SCHOOL BY THE PARENT/LEGAL GUARDIAN IN THE ORIGINAL AND PROPERLY LABELED CONTAINER. The container must include the following information: student name, medication, dosage, time, route and physician. Written authorization and instructions must be provided by the parent/legal guardian for all medication. The school nurse shall have the right to contact the prescribing physician to confirm or clarify medication instructions. The time of medication administration may need to be altered slightly to fit your student's schedule.

- ⊕ Para los estudiantes de preescolar a 6.º grado, se requiere la firma de un médico o dentista antes de administrar cualquier medicamento de venta libre sin receta. Esto incluye paracetamol, ibuprofeno, medicamentos para la tos, etc. El padre, madre o tutor legal debe entregar los medicamentos que se administren a los estudiantes de preescolar a 6.º grado en sus envases originales y debidamente etiquetados.

For preschool through 6th grade students, a physician/dentist signature is required before any non-prescription, over-the-counter medication will be given. This includes Acetaminophen, Ibuprofen, cough medicines, etc. All medications administered for preschool through 6th grade students must be provided by the parent/legal guardian in their original and properly labeled containers.

- ⊕ Conforme a los protocolos de los Servicios de Salud para quejas comunes de dolor o enfermedad, los estudiantes de escuela secundaria e intermedia (grados 7 al 12) pueden usar medicamentos limitados de venta libre con el consentimiento de sus padres por escrito o con el registro electrónico de PowerSchool.

High school and middle school students (Grades 7-12), in accordance with Health Services protocols for common complaints of pain or illness, may have limited, over-the-counter medication with written or PowerSchool eRegistration parental consent.

- ⊕ Los estudiantes de los grados 7 al 12 podrán tomar una cantidad limitada de dosis estándar de paracetamol o ibuprofeno cada año escolar. La dosis estándar de estos dos medicamentos será determinada por los Servicios de Salud de Linn-Mar. El paracetamol y el ibuprofeno se administrarán según la política de la junta a discreción del personal de enfermería. La dosificación frecuente puede requerir una orden médica y que el padre, madre o tutor legal suministre el medicamento. El padre, madre o tutor legal debe suministrar los demás medicamentos de venta libre para los estudiantes de los grados 7 al 12. El padre, madre o tutor legal debe suministrar cualquier medicamento que necesite ser administrado en forma líquida o masticable, o diferente a la dosis estándar que suministre el distrito. Students in grades 7-12 will be allowed a limited number of standard dose Acetaminophen or Ibuprofen each school year. The standard dose of these two medications will be provided by Linn-Mar Health Services. Acetaminophen and Ibuprofen will be given per board policy at the nurse's discretion. Frequent dosing may require a physician's order and the parent/legal guardian to supply the medication. All other over-the-counter medications for grades 7-12 must be supplied by the parent/legal guardian. The parent/legal guardian must supply any medications that need to be given in liquid/chewable form or different than the standard dose the district supplies.

⊕ Si queda algún medicamento después del último día de clases, este será desechado dentro de las 24 horas según las leyes federales y estatales.
If any medication remains after the last day of school, it will be discarded within 24 hours per federal and state law.

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____
Student Name *Grade*

Medicamento: _____ Dosificación: _____ Hora: _____
Medication *Dosage* *Time*

_____ Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: _____
Start Date *End Date*

_____ Para: _____ (condición médica)
For *(health condition)*

Firma del padre, madre o tutor: _____ Fecha: _____
Parent/Guardian Signature *Date*

La firma de un médico es obligatoria para los medicamentos sin receta de los estudiantes de preescolar al 6.º grado.

Physician signature required for non-prescription medications for students in preschool-6th grades.

Firma del médico: _____
Physician Signature

Fecha: _____
Date

**CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:
CONSENT FOR RELEASE OF INFORMATION**

Autorizo a las partes que se mencionan a continuación a intercambiar información escrita y verbal con el personal de LMCSO sobre el estudiante mencionado anteriormente. Si este medicamento sirve para tratar problemas de atención o de comportamiento, el LMCSO puede enviar listas de verificación de comportamiento al médico que se menciona a continuación.

I give permission for the parties named below to exchange written and verbal information with personnel at LMCSO regarding the above-named student. If this medication is for attention or behavior concerns, LMCSO may send behavior checklists to the physician named below.

Este permiso tiene validez por un año escolar.

This permission is for one school year.

Autorización específica para la divulgación de información protegida por la ley estatal o federal:

Specific authorization for release of information protected by state or federal law

Mediante mi firma, autorizo la divulgación de la información relacionada con (marque las opciones correspondientes):

My signature releases all information related to (check appropriate spots)

_____ Salud mental/psicológica
Mental Health/Psychological

_____ Abuso de sustancias
Substance Abuse

_____ Alergias
Allergies

_____ Asma
Asthma

Otros (especifique) _____
Other (Specify)

Médico/Centro de salud: _____ Teléfono: _____
Physician/Facility *Phone*

Firma del padre, madre o tutor: _____ Fecha: _____
Parent/Guardian Signature *Date*