

# Distrito Escolar Independiente de Grand Prairie

## Forma de Suministración de Medicamentos

El personal escolar puede suministrar medicamentos cuando el tratamiento sea necesario para asistir a la escuela y que de otra manera no pueda asistir el alumno. Esta forma completa junto con el medicamento y/o el equipo especial debe traerse a la escuela por el padre de familia.

El medicamento prescrito puede suministrarse por la enfermera escolar o personal designado y capacitado. **La dosis inicial debe ser administrada en casa para observar al niño por si hay efectos secundarios.**

Medicamento que es recetado 3 veces al día debe suministrarse en casa antes de ir a la escuela, después de clases y antes de acostarse; a no ser que el médico o proveedor salud haya dado otras instrucciones.

- **TODO MEDICAMENTO SERÁ SUMINISTRADO SOLAMENTE AL SOLICITARLO ESPECÍFICAMENTE POR ESCRITO EL PROVEEDOR DE SALUD CON LICENCIA Y UN PADRE/TUTOR LEGAL**
- Debe traerse a la escuela suficiente medicamento para una semana en su frasco original y rotulado apropiadamente. (La farmacia puede proveer dos (2) botellas rotuladas para este propósito.) Medicamentos que sean enviados en bolsitas de plástico no serán suministradas.
- Todos los medicamentos deben permanecer en la clínica escolar, con la excepción de medicamentos para emergencias y con instrucciones de llevarlos consigo. (Vea la forma de autoadministración de medicamentos de emergencias.)
- Todos los medicamentos deben ser traídos a la clínica escolar antes de clases.

### Solicitud del Médico para Suministración de Medicamento por Personal Escolar

Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de Nac. \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Grado/Maestro \_\_\_\_\_

Fecha de inicio \_\_\_\_\_ Fecha de finalización \_\_\_\_\_

Medicamento	Dosis/Forma	Hora(s)	Comentarios

El que prescribe la receta \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
(Letra de molde)

Firma del que prescribe la receta \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Con mi firma aquí abajo indico que solicito que personal de GPISD suministren el medicamento arriba mencionado a mi hijo y doy mi permiso para que GPISD hable con el médico para más información, si es necesario.

**Un adulto debe recoger el medicamento no usado para el último día de clases o será destruido.**

Firma del Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

( ) \_\_\_\_\_  
Teléfono durante el día

( ) \_\_\_\_\_  
Teléfono celular

[Type here]