



Lebanon City Schools Health Services

Bowman , 825 Hart Road, **Fax** (513)934-2466, **Phone** 934-5855 GR1-2, **Phone** 934-5486 PS-K
Donovan Elementary, 401 Justice Avenue, **Fax** (513) 934-2467, **Phone** 934-5406
Berry Intermediate, 23 Oakwood Avenue, **Fax** (513) 228-0084, **Phone** 934-5707
Lebanon Junior High, 160A Miller Road, **Fax** (513) 228-1043, **Phone** 934-5309
Lebanon High School, 1916 Drake Road, **Fax** (513) 933-2150, **Phone** 934-5115

Carta de administración de medicamentos escolares

Estimado padre y médico:

Si su hijo/a debe recibir medicamentos de cualquier tipo durante el horario escolar, incluidos los de venta libre medicamento, la siguiente es la política de nuestra escuela:

1. Puede venir a la escuela y darle el medicamento a su hijo/a en el momento adecuado.
2. Debe utilizar el "formulario de administración de medicamentos" que debe ser completado por usted y el/la médico/a del/de la niño/a si desea que el personal de la escuela administre el medicamento.

Usted y su médico deben completar y firmar todas las secciones del formulario o no será

aceptado. A los estudiantes no se les permite llevar medicamentos, incluso hacia y desde la escuela. Si su médico considere necesario que su hijo/a lleve un inhalador, esto debe indicarse en el formulario adjunto. Si su médico cree que es necesario que su hijo/a lleve una inyección de epinefrina, entonces comuníquese con la enfermera de su escuela para obtener un formulario de permiso diferente. Por favor, comprenda que si Ud. y su médico elige que su hijo/a lleve su medicamento de EMERGENCIA, entonces usted está asumiendo la responsabilidad de que su hijo/a tenga los conocimientos necesarios para autoadministrarse en los momentos oportunos, no permita que otro estudiante tenga acceso al medicamento, y es posible que no podamos localizar el medicamento en caso de emergencia. Los medicamentos recetados deben ser de una farmacia con una etiqueta en la botella que contiene instrucciones que coinciden con la orden del médico sobre cómo y cuándo administrar el medicamento. Nuevamente, los estudiantes NO pueden llevar medicamentos, excepto para uso de emergencia como indicado anteriormente. **Debe traer el medicamento a la oficina.** Los medicamentos de venta libre deben ser en el envase original etiquetado con el nombre de su hijo. **El formulario adjunto debe ser completado y actualizado cada año escolar para medicamentos recetados y de venta libre.**

3. Puede discutir con su médico un programa alternativo para administrar medicamentos (p. fuera del horario escolar).

El personal de la escuela no administrará ningún medicamento a los estudiantes hasta que hayan recibido una formulario de medicamentos completado por usted y su médico como se explicó anteriormente. Para ser justos con aquellos administrar el medicamento y para proteger la seguridad de su hijo, no habrá excepciones a esto política. Si tiene alguna pregunta sobre la política, comuníquese con la enfermera de la escuela en la escuela de su hijo/a.

Gracias.

PHYSICIAN'S REQUEST FOR THE ADMINISTRATION OF MEDICATION

It is necessary that _____ have medication during school.

Medication	Dosage	Time	Route	Duration

Diagnosis requiring medication _____

If medication is "as needed", how soon can it be repeated? _____

Possible reactions to be reported to physician: _____

Procedure to follow if medication does not produce relief from student's emergency:

Special instructions for administration/storage of drug: _____

**** This form may not be used to grant permission to carry and self-administer an epinephrine injection. See school nurse for a copy of the appropriate permission form.**

If this form is being completed for an inhaler, do you wish for it to be:

- Carried and self-administered by student
 Stored in the office and given by trained school personnel

Physician's Signature _____ **Date** _____

Address _____ **Phone** _____

PERMISO Y AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES

Nombre del estudiante: _____ Género _____

Fecha de nacimiento _____

Dirección _____ Grado _____ Escuela _____

Doy permiso para que el medicamento ordenado se administre en la escuela y también acepto:

1. Entregar el medicamento a la escuela. **Los estudiantes NO pueden transportar medicamentos.**
2. Notificar a la escuela si cambio de médico y si se cambia o elimina el medicamento.
3. Doy permiso para que mi hijo/a lleve y se auto administre el inhalador si así lo indica el médico mencionado anteriormente.

Firma de los padres _____ **Teléfono** _____ **Fecha** _____

Enfermera de la escuela _____ Fecha _____

Aprobación del director _____

Firma del personal autorizado _____

Firma del personal autorizado _____

Firma del personal autorizado _____