

**Las Escuelas Públicas del Condado de Loudoun**  
**Autorización para Administrar Medicina**

Pegue la  
Foto del  
Estudiante  
Aquí

Información del Estudiante

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_  
Número de ID: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Año Escolar: \_\_\_\_\_

El estudiante ha tomado esta medicina antes?      Sí      No      Si no, la primera dosis completa se debería tomar en la casa para evitar el riesgo del que estudiante tenga una reacción negativa en la escuela.

**Prescription Medication: Healthcare Provider to Complete (one form for each medication)**

Diagnosis/Condition for which medication is being administered: \_\_\_\_\_  
Name of Medication: \_\_\_\_\_ Dosage: \_\_\_\_\_  
Route: \_\_\_\_\_ Time of Administration: \_\_\_\_\_ Discontinue on Date: \_\_\_\_\_ or End of School Year: ⇒  
Special Considerations (open capsule, crush, mix, etc.): \_\_\_\_\_  
List Possible Side Effects: \_\_\_\_\_  
Healthcare Provider Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
Healthcare Provider PRINTED Name/Stamp: \_\_\_\_\_  
Healthcare Provider Phone: \_\_\_\_\_ NPI #: \_\_\_\_\_  
Healthcare Provider Address: \_\_\_\_\_

**Medicina Sin Receta: Completada por el Padre/Tutor (un formulario por cada medicina)**

Razón por la que se administra la medicina: \_\_\_\_\_  
Nombre de la Medicina: \_\_\_\_\_  
Dosis: \_\_\_\_\_ Vía: \_\_\_\_\_ Hora de Administrar: \_\_\_\_\_  
Fecha de Descontinuación: \_\_\_\_\_ o Fin del Año Escolar:  
Lista de Posibles Efectos Secundarios: \_\_\_\_\_

**Autorización del Padre/Tutor**

Nombre del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Mi firma permite que la persona designada por el director sigue este plan, administra las medicinas recetadas, y contacta al proveedor de servicios médicos si es necesario. Además estoy de acuerdo en recoger la medicina restante al fin del año escolar. Entiendo que si el padre/tutor no recoge la medicina restante, esta será desechada al fin del año escolar.  
Firma del Padre/Guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**To Be Completed with Health Office Staff**

Medication received: \_\_\_\_\_ Expiration Date: \_\_\_\_\_  
Medication received by: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Health Office Staff Signature/Date      Firma del Padre/Fecha

*Autorización de las Escuelas Públicas del Condado de Loudoun  
para la Administración de Medicamentos  
Información para los Padres sobre los Procedimientos de Medicamentos*

1. **Los medicamentos deben tomarse en casa** siempre que fuere posible para que el estudiante no pierda tiempo valioso en el salón de clases.
2. **La primera dosis de cualquier medicamento NUEVO debe administrarse en casa.**
3. Si es absolutamente necesario que el estudiante tome medicamentos en la escuela, se debe recibir **un formulario de "Autorización para la Administración de Medicamentos"** para cada medicamento y debe entregarse al personal de la Oficina de Salud con el medicamento que se administrará en la escuela. Use el formulario apropiado para los medicamentos para el asma, las alergias, las convulsiones y la diabetes. No se aceptarán medicamentos sin el formulario correspondiente.
4. **Los padres deben proporcionar instrucciones por escrito del proveedor de atención médica para que el personal de LCPS administre los medicamentos recetados.** Se prefiere el formulario de "Autorización para la administración de medicamentos", pero el proveedor de atención médica puede usar material de oficina o un talonario de recetas con la siguiente información:
  - Nombre del estudiante y fecha de nacimiento
  - Duración de la orden de medicación/fechas de vigencia
  - Nombre y propósito del medicamento
  - Posibles efectos secundarios/medidas a tomar si ocurren
  - Dosis, hora y vía de administración
  - Firma/fecha/número de NPI del proveedor de atención médica
5. **Los medicamentos deben ser llevados a la Oficina de Salud por un padre/tutor** (política LCPS 8420) según el Código de Virginia 22.1-274. Los estudiantes con diabetes, asma o alergias que amenazan la vida pueden llevar consigo los siguientes medicamentos (insulina, glucagón, inhaladores, autoinyectores de epinefrina) durante el día escolar con el consentimiento por escrito del médico, la enfermera escolar y el padre/tutor, como se indica en el formulario. "Orden del médico/plan de acción". De lo contrario, a los estudiantes no se les permite transportar medicamentos hacia y desde la escuela ni llevar ningún medicamento mientras están en la escuela.
6. **Envases de medicamentos:**
  - ❖ Medicamentos recetados: deben estar en el frasco original de la farmacia con la etiqueta adecuada que contenga:
    - Nombre del alumno
    - Dosis/cantidad a administrar
    - Nombre del medicamento
    - Nombre del proveedor de atención médica
    - Hora a dar
    - Fecha
  - ❖ Medicamentos de venta libre (OTC-del mostrador) - deben estar en el empaque original e incluir instrucciones de dosificación.
7. La información de la receta en la etiqueta del frasco debe coincidir con la información del proveedor de atención médica en el formulario de "Autorización para la administración de medicamentos". **Pídale a la farmacia que le proporcione una botella debidamente etiquetada para la escuela.**
8. El personal no cortará ni romperá las pastillas. Los padres/tutores deben cortar/romper las pastillas o solicitar a la farmacia que corte las pastillas en la dosis correcta.
9. El medicamento debe administrarse en su forma original, a menos que las instrucciones escritas del proveedor de atención médica indiquen lo contrario. Por ejemplo, abra la cápsula o triture la píldora y mézclela con compota de manzana/yogur, etc.
10. Los medicamentos se administrarán no más de 30 minutos antes o después de la hora prescrita.
11. Los medicamentos sin receta solo se administrarán de acuerdo con las instrucciones del frasco o la caja. Si se requiere una dosis mayor, el proveedor de atención médica debe completar y firmar el formulario de "Autorización para la administración de medicamentos".
12. Los medicamentos deben almacenarse y administrarse en la oficina de salud a menos que se cumplan los criterios para autotransporte.
13. Se requiere un nuevo formulario de "Autorización para la Administración de Medicamentos" al comienzo del año escolar y cada vez que haya un cambio en la dosis o el horario en que se debe tomar un medicamento.
14. Los padres/tutores no deben traer un suministro de medicamentos recetados para más de 60 días a la vez.
15. **Cualquier medicamento alternativo** a base de hierbas o natural (productos botánicos, aceites, suplementos dietéticos o nutricionales, medicamentos homeopáticos, fitomedicamentos, vitaminas y minerales) requiere un formulario de "Autorización para la administración de medicamentos" firmado por el proveedor de atención médica y el padre/tutor. Esta autorización no permite la posesión o el uso de marihuana o aceite de CBD o THC-A no regulado.
16. **El padre/tutor DEBE recoger el medicamento no utilizado el último día de clases o será destruido.**