

**DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE PLANO**  
**Formulario de Solicitud para Medicamentos**

**Cuando trae medicamentos a la escuela, favor de seguir las directrices a continuación:**

1. Para la seguridad del alumno, **deben ser los padres quienes entregan a la clínica cualquier medicamento. Los padres deberán traer cualquier sustancia controlada a la clínica.** La escuela **no** suministra los medicamentos.
2. **Todo medicamento** deberá estar en su envase original, correctamente etiquetado, acompañado por una solicitud en forma escrita firmada por el padre/madre/tutor.
3. Solamente se aplicará en la escuela un medicamento que no se puede dar en casa.
4. Solamente se aceptará a una sola vez un abasto de 30 días del medicamento. (**Cantidad recibida por la enfermera**\_\_\_\_\_.)
5. **Cualquier medicamento caducado o que no ha sido recogido por los padres, será destruido.**
6. En ausencia de la enfermera, los empleados autorizados del distrito podrán aplicar el medicamento.
7. No se aplicará ninguna aspirina ni producto que contiene aspirina, sin una orden médica.
8. Solamente se aplicará medicamentos de venta sin receta, homeopáticos, suplementos dietéticos o de hierbas o suplementos dietéticos, en consonancia con las Políticas FFAC(LEGAL) y FFAC(LOCAL) de la Mesa Directiva del ISD de Plano.

Medicamento \_\_\_\_\_ Número de receta \_\_\_\_\_  
 Dosis \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ Días que se aplicará \_\_\_\_\_  
 ¿Será esta la primera dosis de un medicamento nuevo para su hijo?  si  no  
 Fecha de caducidad (Responsabilidad de los padres): \_\_\_\_\_  
 ¿Para qué condición se requiere este medicamento? \_\_\_\_\_

Para este medicamento, ¿existe alguna instrucción/precaución/efecto secundario para su hijo?

Con mi firma suscrita, declaro que es imposible programar la aplicación del medicamento mencionado para alguna hora que no sea hora escolar. Solicito que un empleado escolar aplique este medicamento. Acepto no imputar responsabilidad al ISD de Plano, la Mesa Directiva, y/o los empleados del Distrito por cualquier daño o lesión que resulte de la aplicación de este medicamento (sea con o sin receta/homeopático/de venta libre), suplemento dietético y/o de hierbas.

*Doy consentimiento para divulgar los datos médicos de este formulario a los funcionarios escolares que tienen un interés educativo legítimo en los datos, conforme a la Política de la Mesa Directiva del PISD y la Ley de Derechos Educativos y de Privacidad de la Familia. Doy permiso para divulgar información confidencial sobre los problemas médicos específicos de mi hijo a terceros, que no sean funcionarios escolares, incluyendo el doctor y/o consultorio indicado abajo, según sea necesario para facilitar el cuidado médico y/o tratamiento de mi hijo.*

Firma del Padre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico \_\_\_\_\_  
 Nombre del Doctor \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**Para aplicar un medicamento de venta libre por más de 10 días consecutivos, es necesario contar con la firma de un médico.**

Firma del Doctor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_