

---

Apellido del Alumno

Nombre

Alergias

Grado / Maestro / ID #

---

**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** debe estar en su envase original, correctamente etiquetado, acompañado por una solicitud escrita firmada por el padre/tutor y debe administrarse de acuerdo con las instrucciones etiquetadas o una orden médica.
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 administrará medicamentos de venta sin receta, homeopáticos, suplementos dietéticos o de hierbas o suplementos dietéticos, de acuerdo con las Políticas FFAC(LEGAL) y FFAC(LOCAL) de la Mesa Directiva del ISD de Plano.

Medicamento \_\_\_\_\_ Número de receta \_\_\_\_\_

Dosis \_\_\_\_\_ Ruta \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ Días que se aplicará \_\_\_\_\_

¿Será esta la primera dosis de un medicamento nuevo para su hijo?  Sí  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.

***Autorización del padre de familia/tutor para que el Personal escolar comunique Datos médicos:***

*Autorizo a los representantes del Distrito, incluyendo los profesionales médicos y UAPs del Distrito, a compartir con el profesional médico o proveedor de salud identificado abajo, u obtener de dicha persona, los datos médicos de mi alumno a fin de planificar, implementar o aclarar las acciones necesarias en la aplicación de servicios escolares relacionados con la salud, que incluyen pero no se limitan a: atención de urgencia, cuidado para cualquier diagnóstico, tratamientos médicos según lo desglosado en el IHP del alumno, su PLAN 504, IEP o algún otro formulario de PISD solicitados para prestar los servicios médicos escolares. Con mi firma en esta Autorización, reconozco plenamente que la información utilizada o divulgada conforme a esta Autorización podría estar sujeta a la divulgación secundaria por las personas aquí autorizadas y la(s) con quien(es) se comunica(n), y dejar de ser protegidos por las reglas de HIPAA. Entiendo que dicha divulgación secundaria podría ser errónea, causarme vergüenza, causar disputas familiares, ser mal interpretado por profesionales no médicos y de otra manera causarme a mí y mi familia diferentes formas de daño. Por la presente exoneró a cualquier Proveedor Médico que actúe confiado en esta Autorización contra cualquier responsabilidad que pudiese resultar de divulgar los Datos Médicos Personales e Identificables de mi hijo. No se proveerá al alumno los servicios escolares relacionados a la salud descritos en este documento sin el consentimiento del padre de familia/tutor, según se explica aquí.*

Firma del Padre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del Padre \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor médico de alumno \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

Nombre del Doctor \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_