

DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE MIDLAND
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD

FORMA DE PERMISO PARA MEDICAMENTO

Estimado Padre/Guardián,

Conforme a la ley del estado de Texas y la póliza del distrito escolar independiente de Midland, todo tipo de medicamentos administrados en la escuela deben de cumplir con los siguientes reglamentos:

1. Todo tipo de medicamentos deben de estar en el envase original. Esto incluye medicinas con receta u otras medicinas compradas en la tienda sin receta medica. Los medicamentos deben de ser aprobados por la FDA, con la información de la dosis claramente marcada en el envase.
2. Todo tipo de medicamentos deben de tener una forma de permiso con fecha y firma de padre/guardián. Favor de incluir las instrucciones para otros medicamentos que hayan sido comprados sin receta médica. Los medicamentos con receta se le administraran al estudiante como se indique en las instrucciones.
3. **Las medicinas sin receta médica no se podrán suministrar por tres días consecutivos sin instrucciones médicas.**
4. No se administran medicinas que hayan sido compradas en otro país (por ejemplo, México).
5. La escuela no facilitara medicamentos.
6. Ningún medicamento controlado (por ejemplo, Ritalin, Concerta, Focalin, Straterra o medicamento para controlar el dolor) ó cualquier medicamento recetado para el control del comportamiento, no será enviado a la casa con el estudiante. **TODO** medicamento de este tipo **DEBE SER** recogido de la clínica de la escuela por los padres/guardián.
7. Los Servicios de Salud de MISD **recomienda fuertemente** que todo medicamento con receta médica, medicamento recetado para el control de comportamiento, o medicamento para controlar el dolor (no incluye medicinas compradas sin receta médica), sea entregada a la clínica de la escuela por los padres/guardián. MISD no aceptará responsabilidad de estos medicamentos hasta que sean entregados a la clínica de la escuela.

Por favor ayúdenos a asegurar la salud y la seguridad de su hijo/a siguiendo estos reglamentos.

Nombre de estudiante: _____ Maestro/a: _____ Grado _____

Medicamento	Dosis	Hora de administración	Comentarios/ # de píldoras

Solicito que el medicamento mencionado se administre a mi hijo/a como esta indicado. Doy permiso para que la enfermera se comunique con el médico que suministro la receta con preguntas relacionadas a los medicamentos mencionados.

- () Niño/a que lleve el envase vacío a casa para repetir la receta. _____ (Inicial)
- () Niño/a que lleve medicamento a casa al final del año escolar. _____ (Inicial)
- () Medicamento que no se recoge por el padre/guardián al final del año escolar se va tirar _____ (Inicial)

Firma del Padre/guardián

Fecha

de teléfono de día