



AUTORIZACIÓN PARA TOMAR MEDICAMENTOS PARA LOS ESTUDIANTES DE CMS

Nombre de la Escuela	Número de Teléfono de la Escuela	For School Use Only
		Date Received/Receiver's Signature:
Para ser enviado por Fax: 704-432-2079 (School Health)		Medication Received? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no
Nombre del Estudiante (Por favor escriba en letra imprenta)	Fecha de Nacimiento del Estudiante	Date Approved/Nurse's Signature
		Entered in EHR? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no

Se requiere el consentimiento por escrito del padre/guardián y una autorización de un proveedor de atención médica, con licencia en Carolina del Norte, para administrar medicamentos con y sin prescripción médica en la escuela (Política JLCD y Regulación JLCD-R de CMS). Si se ha mudado de otro estado y tiene órdenes de un proveedor médico fuera del estado, comuníquese con la enfermera de la escuela para obtener ayuda. Algunos medicamentos puede que no sean adecuados en el ámbito escolar. Además se podría requerir documentación adicional para algunos medicamentos (ejemplos: medicamentos para el uso de investigación, medicamentos con potencial de efectos secundarios graves e inmediatos). Comuníquese con la enfermera de la escuela si tiene preguntas.

SECTION 1: LICENSED HEALTHCARE PROVIDER AUTHORIZATION	
<ul style="list-style-type: none"> When possible, medications should be taken before or after school. Administration of non-prescription medications at school is discouraged. CMS action plans for asthma, diabetes, seizure disorders and severe allergies may be used instead of this form. See CMS Coordinated School Health webpage. When using this form, complete a separate form for each medication; write legibly; use lay terms. Complete Section 3 for students who will self-carry and/or self-medicate. 	
Medication: (Generic/Brand)	Controlled Substance? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no
Dose/Dosing Instructions:	Route:
Administration Time: Relationship to meals: <input type="checkbox"/> Not applicable <input type="checkbox"/> With meals <input type="checkbox"/> With snacks <input type="checkbox"/> Other:	<input type="checkbox"/> PRN (specify time interval):
Purpose:	Check here if this medication is to be used for emergencies only. <input type="checkbox"/>
Side Effects/Adverse Reactions:	
Anticipated length of treatment: <input type="checkbox"/> School Year <input type="checkbox"/> _____ Months <input type="checkbox"/> _____ Weeks <input type="checkbox"/> _____ Days	Other Instructions (including emergency situations):

In my professional opinion, it is medically necessary for this student to receive this medication during school hours.

Signature of Healthcare Provider: _____ **Date:** _____

Stamp, Print or Type Healthcare Provider's Name & Address	Office Phone
	Office Fax

SECCIÓN 2: CONSENTIMIENTO DE / PADRE / GUARDIAN LEGAL		
<p>• Yo Entiendo: que no se administrará ningún medicamento en la escuela hasta que esta autorización haya sido aprobada por una enfermera de la escuela. Se requieren nuevas planillas de autorización al comienzo de cada año escolar, cuando la dosis o las instrucciones cambian, y cuando se prescribe un nuevo medicamento. Es mi responsabilidad suministrar el medicamento. Cada medicamento debe estar en el envase original etiquetado por la farmacia o el proveedor del cuidado de la salud. Algunas farmacias proveerán un contenedor adicional para uso escolar. La información acerca este medicamento y la salud de mi hijo puede ser compartida con el personal de la escuela o agentes de la escuela para ayudar a asegurar el cuidado y el éxito de mi hijo en la escuela. La enfermera de la escuela puede comunicarse con el proveedor de atención médica que le prescribió el medicamento y la farmacia donde se llenó la prescripción para discutir esto medicamentos y la salud de mi hijo. Los medicamentos son administrados por una enfermera o personal capacitado de CMS.</p> <p>• Yo doy permiso para que mi hijo reciba el medicamento descrito arriba durante las horas escolares. Doy permiso para que el Proveedor del cuidado de la salud, farmaceuta y su personal proporcione información a la enfermera de la escuela acerca de este medicamento y la salud de mi hijo.</p> <p>• En nombre de mi hijo, dejo libre de toda responsabilidad civil a la Junta de Educación de Charlotte-Mecklenburg, sus agentes y empleados de lo que pueda suceder como resultado de que mi hijo tome este medicamento en la escuela.</p>		
Firma del Padre/ Guardián Legal:	Fecha:	Números de Teléfono (Celular, Trabajo, Casa):