

**FORMULARIO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA**  
**(SMA por sus siglas en inglés)**

*Este formulario debe usarse para todos los medicamentos que no sean cannabis medicinal. Se debe completar un nuevo formulario cada año escolar.*

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

---

**Autorización del Médico para Medicamentos Con y Sin Receta**

*Para ser completado por el médico del estudiante, asistente médico con autoridad prescriptiva o Enfermera Registrada de práctica avanzada con autoridad prescriptiva.*

Medicamento \_\_\_\_\_

¿Es necesario que este medicamento se administre durante el día escolar?  Sí  No

Dosis/Frecuencia \_\_\_\_\_ Ruta \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_  Programado  PRN

Fechas efectivas (limitado a 1 año escolar) De: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_

Efecto deseado \_\_\_\_\_ Posibles efectos secundarios \_\_\_\_\_

Instrucciones especiales \_\_\_\_\_ Condición(es) que requiere medicamento \_\_\_\_\_

---

Otro(s) medicamento(s) que el estudiante está tomando \_\_\_\_\_

Firma del Médico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre Impreso del Médico \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Número de Teléfono de Emergencia \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

---

**Solo para Medicamentos para el Asma y/o Inyector de Epinefrina**

*Para ser completado por el médico:*

¿Está autorizado llevar uno mismo el medicamento para el asma?  Sí  No

¿Está autorizada la administración no supervisada de medicamentos para el asma?  Sí  No

¿Está autorizado llevar uno mismo el inyector de epinefrina?  Sí  No

¿Está autorizada la administración no supervisada de epinefrina inyectable?  Sí  No

Yo o un miembro de mi personal hemos instruido al estudiante mencionado anteriormente en el transporte y la autoadministración adecuados, si está autorizado, de los medicamentos identificados anteriormente. El estudiante comprende la necesidad del medicamento, la respuesta adecuada y la necesidad de informar al personal de la escuela sobre cualquier efecto secundario inusual o falta de respuesta adecuada. El estudiante es capaz de usar este medicamento de forma independiente.

Firma del Médico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del Médico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

**\*\*\* La Autorización de los Padres debe ser completada y firmada en la página 2 \*\*\***

<b>Para Uso Escolar: Administración de Medicamentos PRN</b>								Consumo de Medicamentos ___/___/___ Cantidad _____			
<b>Fecha</b>											
<b>Hora</b>											
<b>Inicial</b>											
<b>Fecha</b>											
<b>Hora</b>											
<b>Inicial</b>											
Firma _____ Inicial _____ Firma _____								Inicial _____ Firma _____ Inicial _____			

**Autorización del Padre/Tutor**

Por la presente reconozco que soy el principal responsable de administrar medicamentos a mi hijo. Sin embargo, en caso de que no pueda hacerlo o en caso de una emergencia médica, autorizo al Distrito Comunitario de Escuelas Secundarias 155 y a sus empleados y agentes, en mi nombre y lugar, a administrar o intentar administrar, o permitir que mi hijo se auto administre, el medicamento recetado legalmente de la manera descrita en este formulario de autorización.

Además, entiendo que a mi hijo se le puede administrar un inyector de epinefrina no designado, antagonistas de opioides o medicamentos para el asma cuando el personal de la escuela crea de buena fe que mi hijo está teniendo una reacción anafiláctica, una sobredosis de opioides o un episodio de asma, si tales reacciones me son conocidas o no, y si corresponde, glucagón no designado cuando lo autorice el plan de cuidado de la diabetes de mi hijo y si el glucagón de mi hijo no está disponible en el lugar o ha vencido.

Reconozco que puede ser necesario que la administración de medicamentos a mi hijo sea realizada por una persona que no sea la enfermera de la escuela, y doy mi consentimiento específico para tales prácticas.

Renuncio a cualquier reclamo que pueda tener contra el Distrito Escolar, la Junta de Educación y sus miembros, sus empleados y sus agentes que surjan de la administración o la autoadministración de dicho medicamento por parte de mi hijo. Además, acepto eximir de responsabilidad e indemnizar al Distrito Escolar, la Junta de Educación y sus miembros, sus empleados y sus agentes, ya sea en forma conjunta o por separado, de todos y cada uno de los reclamos, demandas, daños y causas de acción o lesiones, costos y gastos, incluyendo los honorarios de abogados, que resulten o surjan de la administración negligente o la autoadministración de medicamentos.

**Para Medicamentos para el Asma y/o Inyector de Epinefrina SOLAMENTE**

*Para ser completado por el padre/tutor de los estudiantes que necesitan autoadministrarse un inhalador para el asma y/o un inyector de epinefrina. Por favor escriba sus iniciales.*

¿Se requiere el medicamento para el asma y/o el inyector de epinefrina bajo un plan calificado, como: (1) un plan de acción para el asma, (2) un plan de acción de Atención Médica Individual, (3) un plan de acción de emergencia para Alergias a la Comida de IL y un formulario de autorización de tratamiento, (4) un plan conforme a la Sección 504 *Ley de Rehabilitación de 1973*, o (5) un plan conforme a la *Ley Federal de Individuos con Discapacidades*?  Sí  No

Solo doy mi consentimiento para que mi hijo lleve consigo los medicamentos para el asma: \_\_\_\_\_  
Doy mi consentimiento para que mi hijo lleve y se autoadministre sin supervisión medicamentos para el asma: \_\_\_\_\_

Solo doy mi consentimiento para que mi hijo lleve consigo un inyector de epinefrina: \_\_\_\_\_  
Doy mi consentimiento para que mi hijo lleve consigo y se autoadministre sin supervisión un inyector de epinefrina: \_\_\_\_\_

### **Para autoadministración de Medicamentos que no Sean Medicamentos para el Asma y/o Inyector de Epinefrina SOLAMENTE**

*Para ser completado por el padre/tutor de los estudiantes que necesitan autoadministrarse medicamentos (que no sean inhaladores para el asma y/o inyectores de epinefrina) requeridos bajo un plan calificado. Por favor escriba sus iniciales.*

Doy mi consentimiento para que mi hijo se autoadministre su medicamento (que no sea un inhalador para el asma y/o un inyector de epinefrina) requerido según un plan de acción para el asma, un Plan de Acción de Atención Médica Individual, un Plan de Acción de Emergencia para Alergias a la Comida de IL y un formulario de autorización de tratamiento, un plan conforme a la Sección 504 de *Ley de Rehabilitación de 1973*, o un plan conforme a la *Ley Federal de Individuos con Discapacidades*: \_\_\_\_\_

**Firma del Padre/Tutor:** \_\_\_\_\_ **Número de Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**PROCEDIMIENTO DE AUTORIZACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA**  
Siempre que sea posible, el padre/tutor debe hacer arreglos para que los medicamentos se administren en casa, antes o después del horario escolar. En situaciones en las que la salud de un estudiante podría verse comprometida por no recibir medicamentos durante el horario escolar, **se deben seguir las políticas y los procedimientos del distrito escolar para administrar todos los medicamentos, como se describe en el Manual de Políticas del Distrito Comunitario de Escuelas Secundarias 155**

#### **(Política de la Junta 7:270 Administración de Medicamentos a los Estudiantes).**

- Los medicamentos se definen como medicamentos recetados o no recetados (de venta libre/sin receta).
- Los medicamentos no se pueden administrar sin una orden médica por escrito y el permiso por escrito del padre/tutor.
- Los medicamentos recetados deben estar en un envase etiquetado por la farmacia o el médico. Los medicamentos de venta libre/sin receta deben traerse con la etiqueta del fabricante original, claramente marcada con el nombre del estudiante.
  - Para los inhaladores para el asma, adjunte la etiqueta de la receta con el nombre del medicamento para el asma, la dosis recetada y la hora en que cuál o las circunstancias bajo las cuales se administrará el medicamento para el asma. *105 ILCS 5/22-30(b)(2)(i)*

- Para el inyector de epinefrina, adjunte una declaración escrita del médico, asistente médico o una enfermera registrada de práctica avanzada del estudiante que contenga el motivo y el propósito del inyector de epinefrina, la dosis prescrita y la hora en que o las circunstancias especiales en las que se debe administrar el inyector de epinefrina.  
*105 ILCS 5/22-30(b)(2)(ii)(A)-(C)*
- Es responsabilidad del padre/tutor proporcionar los medicamentos recetados y asegurarse de que una persona responsable los traiga a la escuela.
- Todos los medicamentos que se tomen durante el horario escolar se mantendrán en la oficina de la enfermera. Es responsabilidad del estudiante reportarse a la oficina de la enfermera en el momento adecuado para recibir su medicamento.
- El padre/tutor debe asumir la responsabilidad de informar a la escuela (por escrito) de cualquier cambio en la salud del estudiante o cambio en medicación. La orden del médico debe acompañar cualquier cambio de medicamento.
- El distrito escolar se reserva la discreción de rechazar las solicitudes de administración de medicamentos si no se recibe toda la información requerida en el formulario de autorización.

Actualizado diciembre 2020

