

**PETICIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS DIRIGIDA POR UN ENFERMERO**

Se requiere que las peticiones de permiso para que un enfermero dirija la administración de medicamentos durante las horas escolares se presenten, por medio de este documento, al director de la escuela. La consideración de esta solicitud se basará en las pautas de salud escolar. Marque todos los renglones. Solamente los formularios completamente llenados se considerarán.

Escuela _____	Horas escolares _____	Maestro _____	Grado _____
Nombre del estudiante _____	Fecha de nacimiento ____/____/____		
Apellido	Nombre	Segundo nombre	mes    día    año
Domicilio _____	Teléfono _____		
Condiciones médicas (opcional) _____	Celular _____		

**DECLARACIÓN DEL PROVEEDOR DE CUIDADO DE SALUD**

El proveedor de cuidado de salud puede ser un médico (MD o DO, por sus iniciales en inglés), dentista (DDS), médico auxiliar practicante (PA) o enfermero diplomado/clínico avanzado (APRN/NP). Un proveedor de cuidado de salud debe llenar esta sección. Se requiere un nuevo formulario cada año escolar.

Nombre del medicamento y propósito del mismo: \_\_\_\_\_

Fecha de uso inicial: \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Dosis, ruta y veces que usará el medicamento en la escuela: \_\_\_\_\_

¿Es absolutamente necesario usar este medicamento durante las horas escolares?  sí  no Si la respuesta es sí, explique.

\_\_\_\_\_

Si la dosis de este medicamento difiere a la gama recomendada por el fabricante, según la edad o peso, incluya la razón por la cual la está recetando fuera de dichas recomendaciones.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Instrucciones especiales respecto al almacenaje y manejo: \_\_\_\_\_

Riesgos secundarios posibles: \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor de cuidado de salud: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Firma del proveedor de cuidado de salud \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
(para medicamentos recetados)

Según los reglamentos de HIPAA 45 C.F.R. §164.506 y § 1654.501, puedo divulgar datos de salud protegidos respecto a las actividades de tratamiento a implementar para este estudiante por las Escuelas Públicas Metropolitanas de Nashville y el programa de enfermería escolar.

**Declaraciones del padre, madre o tutor**

Entiendo que estoy pidiendo que un enfermero dirija la administración de medicamentos para mi hijo y que un individuo cualificado administrará dicho medicamento. Comprendo que todos los medicamentos provistos a la escuela para ser usados deben estar en su frasco original y tener la etiqueta del farmacéutico. Cualquier cambio durante el año requiere la autorización firmada de un médico. Comprendo que, para administrar el medicamento de manera adecuada, el programa de enfermería escolar puede requerir aclaración del médico para ayudarles con las actividades de tratamiento que he pedido. Entiendo que el médico puede divulgar información de salud protegida cuando consulte con el enfermero escolar.

Firma del padre, madre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Número de teléfono (en caso de emergencia): (    ) \_\_\_\_\_