



**DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE SCHERTZ-CIBOLO-UNIVERSAL CITY**  
**Formulario de autorización de medicamentos**

**ESTUDIANTE:** \_\_\_\_\_

**FECHA DE NAC.:** \_\_\_\_\_

**ESCUELA/CAMPUS:** \_\_\_\_\_

**GRADO:** \_\_\_\_\_

**MOTIVO PARA ADMINISTRAR EL MEDICAMENTO**

- LOS MEDICAMENTOS (INCLUÍDA SU REPOSICIÓN) **DEBEN** SER ENTREGADOS POR UN PADRE / MADRE / TUTOR / ADULTO DESIGNADO
- LOS MEDICAMENTOS **DEBEN** ENTREGARSE EN SU ENVASE ORIGINAL CON LA ETIQUETA DE LA PRESCRIPCIÓN DE LA FARMACIA (DE CORRESPONDER) \*SOLICITE UN ENVASE ETIQUETADO EXTRA EN LA FARMACIA PARA LOS MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS EN EL HOGAR Y EN LA ESCUELA\*
- **LA ETIQUETA DE LA FARMACIA DEBE INCLUIR:** NOMBRE DEL ESTUDIANTE, NOMBRE DEL MEDICAMENTO, DOSIS A ADMINISTRAR, HORARIOS DE ADMINISTRACIÓN, CUALQUIER OTRA INSTRUCCIÓN ESPECIAL
- LA ETIQUETA DE LA FARMACIA **DEBE** COINCIDIR CON LA ORDEN Y LAS INSTRUCCIONES DEL MÉDICO
- EN LA ESCUELA **NO** SE ADMINISTRARÁN VITAMINAS / SUPLEMENTOS HERBARIOS / ACEITES ESENCIALES

**INSTRUCCIONES ESPECIALES PARA LA ADMINISTRACIÓN:**

MEDICAMENTO	DOSIS	HORARIO	VÍA

Autorizo al personal escolar del SCUCISD a administrar los medicamentos listados al estudiante antes mencionado durante el horario escolar. Entiendo que, de acuerdo con la Sección 22.052 (2) del Código de Educación de Texas, el distrito escolar, su junta de síndicos y sus empleados no son responsables de ningún daño o lesión que resulte de la administración de este medicamento. Además, el enfermero escolar autorizado tiene la responsabilidad y la autoridad para negarse a administrar medicamentos que, de acuerdo a su criterio, no sean beneficiosos para el estudiante. (Normas de la Junta de Examinadores de Enfermeros, 22 Código Administrativo de Texas 217,11).

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR**

\_\_\_\_\_  
**FECHA**

\_\_\_\_\_  
**ACLARACIÓN**

\_\_\_\_\_  
**NÚMERO DE TELÉFONO DE CONTACTO**

**AUTORIZACIÓN DE PRESCRIPCIÓN ANUAL DEL MÉDICO**

(TODOS LOS MEDICAMENTOS RECETADOS Y DE VENTA SIN RECETA QUE SE ADMINISTREN POR MÁS DE 10 DÍAS ESCOLARES DEBEN CONTAR CON LA FIRMA DE UN MÉDICO / AUXILIAR MEDICO / ENFERMERO PRACTICANTE)

\_\_\_\_\_  
**FIRMA AUTORIZADA**

\_\_\_\_\_  
**FECHA**

\_\_\_\_\_  
**ACLARACIÓN**

\_\_\_\_\_  
**NÚMERO DE TELÉFONO DE LA OFICINA**

**\*\*ORDEN VÁLIDA POR EL AÑO ESCOLAR EN CURSO. DEBE RENOVARSE ANUALMENTE\*\***