

**DISTRITO ESCOLAR DE SAUK PRAIRIE  
FORMA DE AUTORIZACION DE MEDICINA Y PROCEDIMIENTO**

Estudiante y Medicina/Informacion del Procedimiento

Los procedimientos de medicamentos se administran en la casa cuando sea posible. Todas las porciones apropiadas de esta forma deben ser completadas antes de cualquier procedimiento medico que puedan ser administrado en la escuela. Una forma para CADA medicina/procedimiento es requerida.

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Medicamento/Procedimiento que necesita: -----  
 Diagnostico: \_\_\_\_\_

Direcciones en la botella: -----

Dosis que se debe dar en la escuela: \_\_\_\_\_ Horario que se le debe dar en la escuela: \_\_\_\_\_

Fecha en que se debe administrar en la escuela: De \_\_\_\_\_ Hacia \_\_\_\_\_

Precauciones/efectos secundarios que le preocupen: -----

Padre /Guardian/Consentimiento **Adulto** Estudiante- Revise cada punto antes de firmar

- ./ Yo entiendo que toda la medicina debere ser entregada a la escuela por el Padre/Guardian
- ./ Yo solicito y autorizo al personal de la escuela a administrar esta medicina/procedimiento en la escuela.
- ./ Yo proveere este medicamento en su envase original, con fecha, con etiqueta apropiada (solicite una botella adicional en su farmacia) .
- ./ Esta orden tendra efecto para este año escolar a menos que algo diferente sea indicado.
- ./ Yo obtendre una orden nueva del doctor y notificare a la escuela de cualquier cambia.
- ./ Yo autorizo al personal de la escuela a intercambiar informacion verbalmente o por escrito con el doctor de mi hijo (a) respecto a la medicina/procedimiento o la condicion para la cual fue recetada.
- ./ Yo entiendo que la medicina son sera enviada a la casa con mi hijo (a).
- ./ Yo doy mi permiso deponer la foto de mi hijo(a) en esta forma.
- ./ Yo entiendo que personal de la escuela entrenado, no medico le dara el medicamento.
- ./ Yo estoy de acuerdo en mantener al Distrito Escolar, a sus empleados y agentes que estan actuando al alcance de sus responsabilidades, fuera de cualquier reclamo que suceda por la administraci6n de este medicamento/procedimiento en la escuela.
- ./ Mi firma indica que he lefdo por complete y entiendo la informacion mencionada arriba.

Yo entiendo que puedo revocar esta autorizacion en cualquier momenta enviando una carta por escrito con mi autorizaci6n para retirar y que la revocacion escrita debere ser entregada a la agencia/organizacion que yo autorice para dar informacion. Yo reconozco que el historial de salud, una vez recibido por el Distrito Escolar, nova a estar protegido por HIPPA privacy act y que se convertira en archive escolar protegido por los Derechos Educcionales de la Familia y Acta Privada (FERPA) con protecci6n adicional autorizada por los Estatutos de Wisconsin 118.25 (2m)(a)(b) y s. 146.83. Yo tambien entiendo que si me rehusa a firmar, esta negaci6n no interferira con la habilidad para que mi hijo (a) obtenga cuidados de salud.

\_\_\_\_\_  
 Firma del Padre/Guardian Legal/Estudiante Adulto      Telefono Casa      Telefono Trabajo      Fecha

**Orden del Doctor (Favor de completar una forma para cada medicina/procedimiento)**

**D** INHALADORES DE ASMA Y EPIPENS      Este estudiante y su padre/guardian han recibido instrucci6n en la administraci6n por si mismo  
 SOLAMNETE      y el estudiante podra cargar su inhalador y/o EPI-PEN y adminfstraselo en la escuela.

El medicamento de arriba/procedimiento sera administrado durante la escuela de acuerdo con la instrucci6n y acuerdos arriba mencionados. Yo estoy de acuerdo en aceptar comunicaci6n sobre el estudiante y/o medicina y entiendo que personal de la escuela entrenado, no medico le administrara este medicamento/procedimiento. Favor de contactarme si ocurren los siguientes sftomas:

\_\_\_\_\_  
 Nombre del Doctor      Nombre de la Clfnica y Direccion      Num de Fax de la Clfnica

\_\_\_\_\_  
 Firma del Doctor      Numero de Telefono      Fecha

6/27/2005; Rev. 5/2/2006, 12/12/2011, 10/24/2012, SPANISH 11/11/12, 4/16/2015

<input type="radio"/> Sauk Prairie High School 105 9 <sup>th</sup> St., Prairie Du Sac, WI 53578 Ph.: 608-643-5900 Fax: 608-643-5419	<input type="radio"/> Sauk Prairie Middle School 207 Maple St., Sauk City, WI 53583 Ph.: 608-643-5500 Fax: 608-643-5503	<input type="radio"/> Bridges Elem. School 1200 Broadway St., Prairie du Sac, WI 53578 Ph.: 608-643-1838 Fax: 608-643-1849	<input type="radio"/> Grand Ave. Elem. School 225 Grand Ave., Prairie Du Sac, WI 53578 Ph.: 608-643-1900 Fax: 608-643-5888	<input type="radio"/> Merrimac Comm. Charter School 360 School St., Merrimac, WI 53561 Ph.: 608-643-1995 Fax: 608-493-2895	<input type="radio"/> Tower Rock Elem. School S9033 Denzer Rd., Prairie Du Sac, WI 53578 Ph.: 608-643-1997 Fax: 608-544-5801
---	--	---	---	---	---