

**Stoneham Escuelas
Públicas
La autorización para la administración de
medicina**

La ley del Estado de Massachusetts requiere un prescriptor autorizado la orden escrita y autorización del padre, madre o tutor legal para una enfermera para administrar medicamentos. El medicamento debe ser preparado en una farmacia, envase y etiquetado con el nombre del niño, nombre del medicamento, la dosis, la frecuencia, el autorizado nombre del prescriptor y fecha de prescripción.

**Licencia de autorización del
prescriptor**

Nombre del estudiante' -- _____ Date de nacimiento _____
_____ AddffiSS _____

Condición para que el fármaco es administrado _____
_____ Nombre del medicamento _____
_____ Dose _____ Derrotae _____

Frecuencia _____ Momento de la escuela(s) dosis _____
_____ Efectos secundarios _____

Las alergias _____ Fecha _____
de inicio Fecha de finalización. _____ **La** medicación necesaria para viajes

de campo_sí ningún medicamento que se da en la liberación temprana_sí no

Licencia del prescriptor Nombre/título (imprimir) _____ Teléfono _____
La firma _____ .Date _____

Autorización de los padres/tutores

La enfermera de la escuela le doy permiso para administrar el medicamento ordenado anteriormente a mi hijo. Entiendo que debo suministrar la escuela con no más de 30 días de suministro de medicamentos. Entiendo que este medicamento deberá desecharse si no es recogido dentro de una semana después de la finalización de la orden o el último día de la escuela. La enfermera de la escuela podrá consultar el médico de mi hijo con preguntas o inquietudes acerca de la administración de este medicamento a mi hijo.

Firma del padre/madre/tutor _____ Date _____
_____ Teléfono _____

La autoadministración de aprobación/autorización de medicación

La auto-administración de un medicamento puede estar autorizado por la licencia de prescriptor y padre/madre/tutor para ciertos medicamentos y deben ser aprobadas por la enfermera de la escuela, de conformidad con los protocolos de enfermería de distrito

Licencia de autorización del prescriptor para la auto-administración ()Sí ()sin firma de autorización de los

padres/guardianes de la auto administración () Sí ()SIN FIRMA FIRMA Enfermera () Sí () No

fecha _____