



Consentimiento del padre o guardián para asistencia con medicamentos durante el horario escolar (por medicamentos con etiqueta de prescripción vigente)

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Año escolar: _____

Escuela: _____ Medicina(s): _____

- 1. He hecho todo lo posible para evitar la necesidad de solicitar que el Distrito Escolar del Condado de Washoe (WCSD) ayude a mi estudiante con medicamentos durante el día escolar y actividades patrocinadas por la escuela.
2. Me ofrecieron una copia del Procedimiento de asistencia a estudiantes con medicamentos del WCSD (HEA-P200) y me dieron la oportunidad de hacer preguntas.
3. Soy consciente de que el medicamento se administrará de acuerdo con las recetas actuales del proveedor de atención médica con licencia.
4. Si la condición médica del estudiante cambia o si el proveedor de atención médica con licencia cambia, notificaré a la enfermera de la escuela.
5. Entiendo que soy responsable de proporcionar y mantener un suministro de los medicamentos que el WCSD le dará a mi estudiante.
6. Todos los medicamentos recetados deben estar en un recipiente de farmacia con la etiqueta de farmacia actual y precisa en su lugar.
7. Si la prescripción de medicamentos cambia de alguna manera, se requiere una nueva etiqueta o receta escrita de un proveedor de atención médica con licencia.
8. Si el medicamento parece diferente de alguna manera, cuando se vuelve a llenar, el medicamento no se administrará y se contactará al padre o guardián.
9. Doy permiso a la enfermera de la escuela para intercambiar información confidencial u obtener una aclaración, en relación con los medicamentos indicados anteriormente, con el proveedor de atención médica o farmacéutico con licencia recetante de conformidad con NAC 632.220 *.
10. Los padres pueden enviar medicamentos a la escuela con su estudiante que se mantendrá en la clínica, los empleados del WCSD no pueden enviar medicamentos a casa con la excepción de insulina, bolígrafos epi, e inhaladores de albuterol.
11. Si el medicamento vence o no ha sido recogido el último día de clases, el personal del WCSD eliminará el medicamento.

Nota: *De conformidad con NAC 632.220, como condición para brindar atención relacionada con este formulario, una enfermera registrada puede comunicarse con la persona que provee atención médica autorizada con respecto a la verificación de una orden dada para la atención de un paciente para asegurarse de que sea apropiado y debidamente autorizado y que no existen contraindicaciones documentadas en realización al pedido.

El padre o guardián acuerda además liberar, defender, indemnizar y eximir de responsabilidad al Distrito Escolar del Condado de Washoe, al Consejo Directivo. del Distrito Escolar del Condado de Washoe y a todos los empleados y agentes del Distrito Escolar del Condado de Washoe de cualquier reclamo o responsabilidad por La participación del Distrito Escolar del Condado de Washoe en ayudar y supervisar al estudiante mencionado anteriormente en tomar este medicamento.

ESTA SOLICITUD FINALIZA AL FINAL DEL AÑO ESCOLAR.

Firma del padre o guardián Nombre del padre o guardián (imprimido) Fecha

Número de Teléfono del padre

Firma de la enfermera de la escuela Nombre de la enfermera de la escuela (imprimido) Fecha