

Parent Request and Physician's Order Form for Medication (Form 1702)
Wake County Public School System

Se llene por el padre:

Nombre del Niño(a) _____ **Edad** _____ **Escuela** _____

Yo requiero que a mi hijo(a) se le administre el medicamento como indicado por el orden del doctor en la parte abajo de esta forma. Yo entiendo que el personal no médico puede conducir la administración. Si una inyección de emergencia es ordenada, Yo doy permiso para que la Enfermera de Salud Pública basada en la Escuela para dar instrucciones a personal designado en la técnica de administración. Yo entiendo que es mi responsabilidad transportar la medicación a la escuela al menos que arreglos especiales ya hayan sido hechos por el principal.

Yo entiendo que

- ningún tablero local de la educación y sus empleados y agentes será obligado en daños civiles a cualquier partido para cualquier acto autorizado o para cualquier omisión referente a ese acto, a menos que ese acto u omisión ascienda a la negligencia gruesa, a la conducta insensible, o a la fechoría intencional.
- Información compartida puede ser en forma de emergencia o en el plan de cuidado para el individual para mi niño(a) y puede incluir información proporcionada por el doctor de mi niño(a), por mi, o por expedientes que ya han sido lanzados o proporcionados de la escuela de otra agencia.
- Intercambio de información será limitado a mínimo necesario para proporcionar la asistencia requerida para mi niño(a) y será compartida solamente con personal que se le pueda ser necesario proporcionar asistencia especificada para él/ella.
- Este consentimiento para lanzar(proporcionar) información debe ser firmado antes de que el maestro de mi niño(a) pueda proporcionar asistencia con necesidades médicas especiales con excepción de notificar a los padres y proporcionar Servicios de Emergencia (911).
- Si mi niño(a) participa en WCPSS en antes y después de actividades escolares y deportes, Yo asumiré responsabilidad en contactar el consejero o entrenador de la condición médica de mi niño(a). Como la medicación guardada por la escuela es solo disponible durante horas escolares, Yo proporcionaré medicamentos de emergencias adicionales que podrían necesitar durante la actividad. Yo podre contactar a la enfermera de la escuela si asistencia es necesaria en dar instrucciones al consejero en el procedimiento del medicamento o si una copia de la información necesita ser compartida con ellos .

Yo autorizo:

- El lanzamiento o el proporcionar el intercambio de información médica entre el doctor de mi niño(a), la enfermera de la escuela y el Wake County Public School System (WCPSS- El Sistema Escolar Pública del Condado de Wake) que sea necesaria en hacer posible los servicios para mi niño(a).

Firma del Padre/Guardian _____ Número de Teléfono/Célular _____ Fecha _____

To be completed by physician: (please write legibly using layman's terms)

The child indicated above must have the medication listed during school hours in order to function at school.

Name and form of medication _____ Dosage and time to be given _____

Symptoms to be given for _____ Method of administration _____

Administration by School Personnel Student *

*** Physician and parent must complete both sides of this form for an independent student. This student *will not* need adult supervision for asthma and/or anaphylaxis management and will carry and self-administer prescribed emergency medication.**

Side effects to watch for: _____ Duration of order _____

Telephone _____ Physician's Name (Please type or print) _____ Physician's Signature _____ Date _____

To be completed by school:

Persons Administering Medication

_____ <i>Name</i>	_____ <i>Title</i>	_____ <i>Name</i>	_____ <i>Title</i>
_____ <i>Name</i>	_____ <i>Title</i>	_____ <i>Name</i>	_____ <i>Title</i>
_____ <i>Name</i>	_____ <i>Title</i>	_____ <i>Name</i>	_____ <i>Title</i>

Approved by: _____ Signature of Principal _____ Date _____

