

Este formulario es solo para estudiantes que requieren medicamentos recetados en la escuela:

(Ejemplo: inhalador, EpiPen, medicamento para el TDAH)

Plan de administración de medicamentos de Excel Academy

Nombre del estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____ Escuela: _____ Grado: _____

Nombre del padre/tutor: _____

Teléfono móvil #: _____

Contacto de emergencia: _____ Número de contacto de emergencia: _____

Medicamento #1:

Nombre del medicamento: _____

Diagnósticos (para qué se utiliza el medicamento): _____

Nombre del medicamento: _____

Dosis: _____ Frecuencia (con qué frecuencia): _____ Vía: _____

Medicamento #2:

Nombre del medicamento: _____

Diagnósticos (para qué se utiliza el medicamento): _____

Nombre del medicamento: _____

Dosis: _____ Frecuencia (con qué frecuencia): _____ Vía: _____

Aprobación para que personal capacitado, aparte de la enfermera, administre medicamentos: ____ Sí ____ No

1. **Posibles efectos secundarios:** _____

2. **Otros medicamentos que el estudiante esté tomando en casa:**

3. **Otras personas a las que se debe notificar cuando se administre un medicamento:**

4. **Alergias a alimentos y medicamentos:**

Llamaré a mi médico y le pediré que me envíe un fax. "Orden de medicación" a:

617-399-6867 (Campus de Chelsea)
617-674-3429 (Campus Greenway)
617-665-6089 (Campus de East Boston)
617-674-3427 (Campus de la escuela secundaria)
617-674-3427 (MA High School)
401-619-0010 (Rhode Island Middle School)
401-213-8551 (Rhode Island High School)

Doy mi consentimiento para el Plan de Administración de Medicamentos.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

(Escribir el nombre sirve como firma)

Este formulario es solo para estudiantes que requieren medicamentos recetados en la escuela:

(Ejemplo: inhalador, EpiPen, medicamento para el TDAH)

To Be Completed by the School Nurse Only:

- **Date Ordered:** _____ **Duration of Order:** _____
- **Expiration Date of Medications Received:** _____
Date Medication Received: _____ Quantity of Medication Received _____
- **Storage Requirements:**
Locked Up _____ Unlocked _____ Room Temperature _____ Refrigerated _____
- **Location where medication administration will occur:** _____ Health Room _____ Field Trips
Off campus enrichments _____ Other _____
- **Delegated to:** Administration Team, Grade Level Team Leads, Athletic Coaches
Back-up Plans: Administration team, Grade Level Team Leads, Athletic Coaches
- **Plan for Field Trips:** The Administration Team or Grade Level Team Leads will carry student medications
- **Plans for teaching self administration, if applicable:**

- **Plan for monitoring the effects of medication, if needed:**

EpiPen Only Questions:

Location of where the medication is stored: _____

Plan for Risk Reduction:

- All outside food brought into school is approved by the school nurse
- Students who eat common allergens are required to clean their desk & wash their hands after eating

School Nurse Signature: _____ Date: _____

(Typing name serves as a signature)