

**DISTRITO ESCOLAR DE NORTHERN LEBANON**  
**Política No. 210: POLÍTICA SOBRE MEDICAMENTOS (recetados y de venta libre)**

Se prefiere que los medicamentos se administren durante el día escolar y las actividades solo cuando el hecho de no tomar dichos medicamentos pondría en peligro la salud del estudiante o el estudiante no podría asistir a la escuela si el medicamento no estuviera disponible. El uso de medicamentos estará permitido bajo las siguientes condiciones:

1. La orden del médico y el medicamento deben ser entregados a la enfermera de la escuela o a la oficina principal al entrar a la propiedad de la escuela. A menos que al estudiante se le dé permiso para medicarse (vea el punto #3), el medicamento no puede guardarse en los escritorios, bolsillos, loncheras, casilleros, etc.
2. Se debe completar una orden para cada medicamento, ya sea recetado o de venta libre. El formulario será válido para todo el año escolar, siempre que no haya cambios.
3. Con el permiso del médico, del padre/tutor y de la enfermera de la escuela, el estudiante puede medicarse y llevar medicamentos consigo. La enfermera utilizará una lista de verificación de criterios para determinar si al estudiante se le puede dar permiso para medicarse.
4. El medicamento debe estar en el envase original y estar claramente identificado.
5. **Se REQUIERE una firma médica para TODOS los medicamentos recetados y de venta libre.**
6. El estudiante será responsable de ir a la oficina de la enfermera para medicarse en los horarios prescritos.
7. El personal de la escuela no es responsable de asegurar que los medicamentos autoadministrados se tomen diariamente.
8. Al final del año escolar, los medicamentos no utilizados deben ser recogidos por el padre/tutor o la persona designada en la escuela. Si no los recogen, los medicamentos serán desechados por la enfermera.

---

---

**FORMULARIO DE SOLICITUD PARA QUE EL ESTUDIANTE RECIBA MEDICAMENTOS DURANTE EL DÍA ESCOLAR**

**Estudiante:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Medicamento:** \_\_\_\_\_ **Vía:** \_\_\_\_\_

**Efectos secundarios/contraindicaciones:** \_\_\_\_\_

**Respuesta de emergencia:** \_\_\_\_\_

**Diagnóstico:** \_\_\_\_\_

**Dosis:** \_\_\_\_\_ **Fecha de vigencia:** **Del:** \_\_\_\_\_ **Al:** \_\_\_\_\_

**Hora o momento de administración:** \_\_\_\_\_

**Médico: Por favor escriba sus iniciales si el estudiante está calificado y es capaz de administrarse y llevar consigo sus medicamentos (vea los criterios del punto #3)**

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Solicitado por:** \_\_\_\_\_

**Firma del médico/médico designado**

---

**Dirección del médico**

**Teléfono de contacto del médico**

Como padre/tutor, por este medio exonero al Distrito Escolar de Northern Lebanon y a todos sus empleados de toda responsabilidad con respecto a la administración de medicamentos y por los beneficios o consecuencias del medicamento. Solicito que la escuela cumpla con la orden del médico/médico designado (firme a continuación).

\_\_\_\_\_ Escriba sus iniciales si el padre/tutor solicita que el estudiante se administre el medicamento y entiende que la escuela y los empleados no tienen ninguna responsabilidad de garantizar que el estudiante se tome el medicamento y libera al distrito y a sus empleados de la responsabilidad por los beneficios o consecuencias del medicamento recetado (firme a continuación).

(Enero/2020)

---

**Firma del padre/tutor**