

ESCUELA LITTLE FLOWER  
1401 N. Bosart Ave.  
Indianápolis, IN 46201  
(317) 353-2282 FAX (317) 322-7702  
Pastor: Padre Robert Gilday  
Director: Sr. Kevin Gawrys

## POLIZA DE MEDICAMENTOS

Para proteger la salud y el bienestar de los niños y los miembros del personal escolar, las leyes de Indiana requieren que el personal escolar observe ciertas medidas al administrar medicamentos recetados a los alumnos. Si vamos a administrar medicamentos recetados a su hijo, se observarán los siguientes procedimientos.

(A) Debemos tener una solicitud por escrito del padre / guardián. Se puede utilizar el siguiente formulario para ese propósito.

(B) El médico que prescribe debe proporcionar una orden por escrito que indique la cantidad de medicación, las horas de administración y el período de tiempo que la medicación debe Seguir. NOTA: Esta información puede estar contenida en la etiqueta del original. contenedor de farmacia.

(C) Se debe continuar con la medicación a largo plazo (es decir, para la diabetes, asma, hiperactividad, etc.) re-verificado al comienzo de cada año escolar.

NO PODEMOS ASUMIR LA RESPONSABILIDAD POR LOS MEDICAMENTOS A MENOS QUE SE CUMPLAN ESTAS DISPOSICIONES. Un empleado de la escuela administrará o dispensará medicamentos sin receta, de venta libre, SOLAMENTE a pedido del padre o guardián, y por teléfono, solo en una emergencia, que debe incluir las instrucciones específicas para la administración.

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

### DECLARACIÓN DE LIBERACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA LOS PADRES / TUTORES

Por la presente doy permiso para que los miembros del personal de la escuela administren medicamentos a \_\_\_\_\_ durante el horario escolar, de acuerdo con mis instrucciones escritas adjuntas. Acepto proporcionar todos los medicamentos en el envase original de la farmacia y renovar los pedidos de medicamentos a largo plazo al comienzo de cada año escolar. He adjuntado instrucciones específicas de administración de medicamentos sin receta.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: \_\_\_\_\_

HORA DE ADMINISTRACIÓN: \_\_\_\_\_

PERIODO DE TIEMPO CONTINUADO: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_ FIRMA DEL PADRE / TUTOR: \_\_\_\_\_