

## Administración de Medicamentos a Estudiantes en Excursiones Nocturnas

(Regrese a la escuela de su hijo/a)

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Nombre del médico \_\_\_\_\_

Padre / tutor \_\_\_\_\_ Teléfono del médico \_\_\_\_\_

---

Mi hijo / hija tiene las siguientes condiciones de salud: (asma, diabetes, convulsiones, alergias severas, migrañas, etc.)

Por favor especifique: \_\_\_\_\_

Enumere cualquier alergia: \_\_\_\_\_ Requiere EpiPen \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

---

### Marque uno:

- Mi hijo / hija no traerá medicamentos en la excursión.
- Mi hijo / hija tiene mi permiso para llevar y autoadministrar los siguientes medicamentos en la excursión. **Los estudiantes no pueden llevar o autoadministrarse medicamentos designados como sustancias controladas (por ejemplo, Ritalin).**
- Solicito que un miembro del personal de la escuela administre los siguientes medicamentos a mi hijo / hija durante la excursión.

---

1. Medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_

\* Medicamentos de emergencia (inhalador, glucagón, insulina, epi-pen). Estudiante para autoadministrarse / cargar los medicamentos:

SÍ  NO

Tiempo(s) a administrar: \_\_\_\_\_ Motivo de este medicamento: \_\_\_\_\_

Si se administra "según sea necesario", describa: \_\_\_\_\_

2. Medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_

\* Medicamentos de emergencia (inhalador, glucagón, insulina, epi-pen). Estudiante para autoadministrarse / cargar los medicamentos:

SÍ  NO

Tiempo(s) a administrar: \_\_\_\_\_ Motivo de este medicamento: \_\_\_\_\_

Si se administra "según sea necesario", describa: \_\_\_\_\_

3. Medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_

\* Medicamentos de emergencia (inhalador, glucagón, insulina, epi-pen). Estudiante para autoadministrarse / cargar los medicamentos:

SÍ  NO

Tiempo(s) a administrar: \_\_\_\_\_ Motivo de este medicamento: \_\_\_\_\_

Si se administra "según sea necesario", describa: \_\_\_\_\_

Yo, el médico que receta, estoy dispuesto a aceptar comunicación directa de la persona que dispensa y administra la medicación anterior.

Firma del médico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
(se requiere firma para todos los medicamentos recetados; la firma es válida hasta el 31 de julio de este año fiscal académico).

---

**Consentimiento del padre / tutor:**

- Por la presente, doy permiso para que mi hijo / hija tome los medicamentos mencionados anteriormente durante la excursión, según lo ordenado, y autorizar al personal de la escuela a contactar al médico de mi hijo/ hija si es necesario.
- Acepto proporcionar el medicamento en el envase original, debidamente etiquetado. Se requiere la etiqueta de farmacia para todos los medicamentos recetados.
- Los primeros auxilios de emergencia serán proporcionados por el maestro, la autoridad de viaje u otra persona calificada.
- En caso de lesión / enfermedad grave, el niño será transportado al hospital más cercano para que lo examine un médico. Se hará un esfuerzo razonable para contactar al padre / tutor mencionado anteriormente.

\_\_\_\_\_  
Grupo de seguro médico

\_\_\_\_\_  
Número de la póliza de seguro médico

Firma del padre / tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
(se requiere firma para todos los medicamentos recetados y no recetados).

---

**FUTURAS EXCURSIONES NOCTURNAS DURANTE EL AÑO ESCOLAR ACTUAL**

**EXCURSIÓN NÚMERO 2 DENTRO DEL AÑO ESCOLAR ACTUAL**

Fecha de la excursión nocturna 2: \_\_\_\_\_ Destino: \_\_\_\_\_

*He revisado la lista anterior de medicamentos y confirmo que están actualizados.*

Firma del padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**EXCURSIÓN NÚMERO 3 DENTRO DEL AÑO ESCOLAR ACTUAL**

Fecha de la excursión nocturna 3: \_\_\_\_\_ Destino: \_\_\_\_\_

*He revisado la lista anterior de medicamentos y confirmo que están actualizados.*

Firma del padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

8/26/19