EXCURSIÓN DE NOCHE PROCEDIMIENTO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS Y FORMULARIO DE PERMISO

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ GRADO ESCOLAR: _____

ESCUELA: _____ VIAJE: _____

FECHAS DE VIAJE: _____ CONSEJERO DE VIAJE: _____

Estimado Padre / Tutor:

Todos los estudiantes que participen en una excursión escolar nocturna y que requieran medicamentos (sin receta o con receta) deben cumplir con los siguientes requisitos:

1. La administración del medicamento a los estudiantes **SOLAMENTE** puede ser proporcionada por las siguientes personas autorizadas: enfermera de la escuela empleada por el distrito escolar (o enfermera sustituta de la escuela empleada por el distrito escolar), maestro/entrenador o los padres del estudiante.
2. Un estudiante puede auto administrarse inhaladores para el asma y EpiPen con la documentación completa y precisa proporcionada (estos formularios se pueden obtener a través de la oficina de salud de su escuela).

“Medicamento” se refiere a una amplia variedad de sustancias aprobadas por la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos (FDA), que incluye, entre otros: todos los medicamentos recetados y medicamentos de venta libre.

A los estudiantes NO se les permite llevar medicamentos. (excepciones: ver #2 arriba)

Para determinar las necesidades de personal requeridas, TODOS los estudiantes que participen en la excursión mencionada DEBEN completar la parte inferior de este formulario y devolverlo a su asesor de viaje antes de la

Fecha

Recibí la carta que explica la política y el procedimiento para la administración de medicamento a los estudiantes.

- Anticipo que mi hijo **NO NECESITARÁ** ningún medicamento en el viaje mencionado anteriormente.
- Anticipo que mi hijo **NECESITARÁ** medicamentos en el viaje mencionado anteriormente. Entiendo que es mi responsabilidad comunicarme con la enfermera de la escuela para hablar sobre los medicamentos que mi hijo necesitará en el viaje.

Estos medicamentos incluyen: _____

Los formularios de administración de medicamentos adecuados se pueden obtener directamente de la enfermera escolar o en el sitio web del distrito; bajo Oficina central; Servicios de salud.

Firma del Padre / Tutor

Teléfono: _____ Fecha: _____