

DISTRITO DEL AREA DE WEST CHESTER

No. 121AG6

GUIAS ADMINISTRATIVAS
APROVADAS: 1 de Agosto del 2015
REVISADAS:

121AG6 FORMA DE ADMINISTRACION MEDICA PARA PASEOS ESCOLARES
(Por favor complete las paginas 1 y 2 y regrese al maestro (a) del estudiante and con la forma de permiso 121AG2)

Nombre del Paseo: _____ Lugar del Paseo _____

Nombre del Estudiante: _____ Edificio: _____

Maestro (a): _____ Grado: _____ Salon Principal: _____

EN CASO DE ENFERMEDAD O ACCIDENTE NOTIFICAR:

PADRE/GUARDIAN

<u>Relation</u>	<u>Name</u>	<u>Employer</u>	<u>Work Phone #</u>	<u>Cell Phone #</u>	<u>Home Phone #</u>
Father					
Padrastra					
Madre					
Madrastra					
Guardian					

Doctor Familiar: _____ Telefono: _____

Dentista Familiar: _____ Telefono: _____

Nombre del Seguro Médico: _____ Número de Póliza: _____

Alergias: _____

Condición Médica: _____

****POR FAVOR PROCEDA A LA PAGINA 2****

**REVISE LA INFORMACION IMPORTANTE ACERCA DE MEDICAMENTOS Y SU
ADMINISTRACION Y PROVEA FIRMAS ADICIONALES**

Yo doy permiso, para que sin costo al distrito o personal escolar, para que transporten a mi hijo (a) en ambulancia, al doctor u hospital más cercano en caso de una emergencia médica durante el paseo escolar mencionado anteriormente.

Firma del PADRE/GUARDIAN: _____ Fecha: _____

121AG6 FORMA DE ADMINISTRACION MEDICA PARA PASEOS ESCOLARES - Pg. 2

Nombre del Paseo: _____ Locación del Paseo: _____ Nombre del Estudiante: _____ Edificio: _____
 Maestro: _____ Grado: _____ Salon Principal: _____
 Nombre del Padre-Guardián (*letra de molde*): _____

Por favor note: Estamos requeridos a tener orden por escrito del doctor para administrar medicamentos. Si ya tiene una nota por escrito del doctor en la oficina de la enfermera, **NO** necesita otra. **PERO**, la firma del doctor se requiere si hay OTRO medicamento adicional de el que la enfermera no ha tenido aviso. Por favor haga que su médico complete y firme la parte de abajo.

Algunos viajes no tienen una enfermera profesional en ellos. En este caso no se les puede administrar al estudiante ningún medicamento sin prescripción médica. Si hay una enfermera profesional con el grupo, yo doy permiso de que la enfermera le de a mi hijo o hija:

Tylenol si no Benadryl si no Advil si no Antiácidos si no

En el paseo como se considere necesario.

MI HIJO o HIJA REQUIERE LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS INDISPENSABLES

DIAGNOSTICO	MEDICAMENTO	DOSIS	HORA	RUTA
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

TODOS LOS MEDICAMENTOS DEVEN DE ESTAR EN SU EMPAQUE ORIGINAL, CUANDO LOS MANDE Y TIENE QUE MANDAR SOLAMENTE LA CANTIDAD EXACTA QUE SE NECESITE ADMINISTRAR DURANTE EL VIAJE. SI USTED MANDA MEDICAMENTOS EN BOLSITAS O NO SE ADMINISTRARAN

Todos los medicamentos se deben de dar a la enfermera (*o al maestro encargado, si no va la enfermera*) en cuanto llegue a la escuela o el día anterior (*o antes*). Todo se debe de entregar al encargado. Los medicamentos y formas firmadas se deben recibir antes de salir de la escuela al paseo o no se le administraran al estudiante.

HEALTH CARE PROVIDER (Pediatra o Doctor Familiar)		
Yo, certifico como Proveedor Medico que los medicamentos anteriormente se le pueden dar-administra al estudiante durante el paseo escolar.		
PROVEEDOR DE SALUD	Firma y numero de teléfono	Fecha
PADRE/GUARDIAN: Yo, como el Padre-Guardian deseo que se le administren los medicaments antes mencionados al estudiante antes mencionado durante el paseo escolar.		
PADRE/GUARDIAN	Firma y numero de teléfono	Fecha