

**Norfolk Public Schools**  
**Líneas de Guía para Dispensar Medicamento durante Horas de Escuela**

***Información importante para Padres /Guardianes***

**Su consentimiento por escrito es requerido antes que el personal escolar pueda proveer o administrar medicamento a un niño/a en la escuela. Por medio de firmar abajo, usted reconoce lo siguiente:**

- En caso necesario, la enferma escolar puede contactar al doctor o farmacia que receto para clarificación en administrando del medicamento.
- El medicamento de su niño/a puede ser administrado por medio de un Para educador de salud sin licencia, o por una enfermera, o por otro personal de salud de la escuela estimado competente por medio de entrenamiento o supervisión por la Enfermera de la Escuela Registrada para proveer medicamento como pedido en los estatutos de Nebraska 2000 relacionado a Ayudas de Medicamento.
- La Oficina de Salud de la Escuela debe ser notificada rápidamente si es que hay cambios en las ordenes de medicamento de su niño/a.
- Una autorización del Médico (u otra persona titulada para recetar) es requerida para medicamentos proveídos en la escuela para todo medicamento de receta o sin receta. La autorización de la persona dando la receta puede estar en la etiqueta de la farmacia pegada a la botella por la oficina de salud.
- Todo producto de medicamento (recetado o) tiene que ser enviada a la escuela **en el recipiente original con etiquetas intactas, incluyendo el nombre del niño/a, nombre del médico y direcciones de cómo administrar el medicamento. Medicamentos en bolsas o cualquier otra forma de “Envoltura Casera” no será aceptada**, debido a las consideraciones de seguridad.
- Se les anima a los padres proveer medicamento por dos semanas

---

**Consentimiento Paterno por Escrito: Tiene que ser completado antes que el Medicamento Sea Administrado en la Escuela**

Yo le doy permiso a Norfolk Public Schools proveer a \_\_\_\_\_  
(Nombre de Estudiante)

\_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_  
(Nombre de Medicamento y Dosis) (Hora Aproximada)

dirigido para

\_\_\_\_\_  
(Razón para el Medicamento)

\_\_\_\_\_  
(Firma de padre/guardián)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)