



# Autorización para Administrar Medicamento Recetado

Acuerdo de Liberación e Indemnización

MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS  
MONTGOMERY COUNTY DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES  
Rockville, Maryland 20850

Formulario 525-13 de MCPS  
Febrero 2019  
Página 1 de 2

## PARTE I: DEBE SER COMPLETADA POR EL PADRE/MADRE/GUARDIÁN

Por este medio solicito y autorizo al personal de Montgomery County Public Schools (MCPS) y de Montgomery County Department of Health and Human Services (DHHS) a que suministren el medicamento recetado, según lo indicado por un médico/a certificado/a (Parte II, abajo). Acuerdo liberar, indemnizar y mantener indemnes de juicios, demandas de reclamos o acciones en su contra a MCPS y a DHHS y a cualquiera de sus funcionarios, miembros del personal o agentes por suministrar un medicamento recetado a este/a estudiante, siempre que el personal de MCPS y de DHHS estén siguiendo la orden del médico/a certificado/a según está escrita en la Parte II, abajo. He leído los procedimientos detallados al dorso de este formulario y asumo las responsabilidades, según se exige.

Nombre del/de la Estudiante: Apellido \_\_\_\_\_

Primer Nombre \_\_\_\_\_ Inicial del Segundo Nombre \_\_\_\_\_

Estudiante de MCPS # \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nombre de la Escuela \_\_\_\_\_

**Prescripción:**  Renovación  Nueva Si es nueva, la dosis completa del primer día fue dada en el hogar en fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Enumere todos los medicamentos que el/la estudiante esté tomando, incluyendo medicamentos de venta libre: \_\_\_\_\_

Firma, Padre/Madre/Guardián \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## PARTE II: TO BE COMPLETED BY THE AUTHORIZED PRESCRIBER (DEBE SER COMPLETADA POR EL MÉDICO/A CERTIFICADO/A)

DHHS and MCPS discourage the administration of medication to students in school during the school day. Any necessary medication that possibly can be administered before and after school should be so prescribed. Only non-parenteral medications are administered except in specific emergency situations. School personnel will, when it is absolutely necessary, administer medication to students during the school day and while participating in outdoor education programs and overnight field trips, according to the procedures outlined on the back of this form.

### PLEASE USE A SEPARATE FORM FOR EACH MEDICATION

Name of Medication (*trade name or generic*): \_\_\_\_\_ Diagnosis: \_\_\_\_\_

Dosage: \_\_\_\_\_ Time(s) to be given at school: \_\_\_\_\_  
*Ranges not accepted (i.e., 1 to 2 tabs or 2 to 4 puffs)*

Route of Administration: \_\_\_\_\_

Medication orders effective  Current school year, **OR**  Effective dates \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ to \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Side Effects: \_\_\_\_\_

If PRN, specify when indicated (signs/symptoms) \_\_\_\_\_

Frequency of administration (ranges not accepted, i.e. every 2 to 4 hours) \_\_\_\_\_

Authorized Prescriber's Name (print/type) \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Authorized Prescriber Signature \_\_\_\_\_

### SELF-CARRY/SELF-ADMINISTRATION OF EMERGENCY MEDICATION AUTHORIZATION/APPROVAL

Self-carry/self-administration of **emergency** medication such as inhalers and epinephrine auto-injectors must be authorized by the authorized prescriber and be approved by the school nurse according to the Maryland State School Health Services Guidelines.

Authorized prescriber's authorization for self-carry/self-administration of emergency medication

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

School Nurse (RN) approval for self-carry/self-administration of emergency medication

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## PARTE III: TO BE COMPLETED BY THE SCHOOL COMMUNITY HEALTH NURSE OR PRINCIPAL (DEBE SER COMPLETADA POR EL ENFERMERO/A DE LA COMUNIDAD ESCOLAR O EL DIRECTOR/A DE LA ESCUELA)

Check as appropriate:

- Parts I and II above are completed, including signatures. (It is acceptable if all items of information in Part II are written on the authorized prescriber's stationery/prescription form)
- Prescription medication is properly labeled by a pharmacist.
- Medication label and authorized prescriber order are consistent.
- Over-the-counter medication is in an original container with the manufacturer's dosage label and safety seal intact.

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Date any unused medication is to be collected by the parent/guardian (within one week after expiration of the authorized prescriber's order).

Signature, School Community Health Nurse (SCHN)/Principal \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## INFORMACIÓN Y PROCEDIMIENTOS

1. No se administrará ningún medicamento en la escuela o en actividades patrocinadas por la escuela sin la autorización escrita del padre/madre/guardián y sin una orden escrita del médico/a certificado/a. Esto incluye tanto medicamentos recetados como medicamentos de venta libre.
2. Este formulario debe ser completado para administrar medicamentos en la escuela. Para los auto-inyectores de epinefrina, se prefiere que se complete el Formulario 525-14 de MCPS, *Cuidados de Emergencia para la Atención de Un/a Estudiante con Diagnóstico de Anafilaxia, Acuerdo de Liberación de Responsabilidad e Indemnización para Auto-Inyector de Epinefrina*.
3. El padre/madre/guardián es responsable de completar la Parte I y de obtener la declaración del médico/a certificado en la Parte II. Esto es obligatorio en cada ciclo escolar por cada nueva orden o continuación de una orden o si hay algún cambio en la dosis o en el horario de administración durante el ciclo escolar. (El médico/a certificado/a puede usar papel con el nombre de su oficina o un talonario de recetas médicas en vez de completar la Parte II.) La información necesaria incluye: nombre del/de la estudiante, diagnóstico, nombre del medicamento, dosis, horario de administración, vía de administración, duración de la orden del medicamento, posibles efectos secundarios, firma del médico/a certificado/a y fecha.
4. El medicamento debe ser entregado a la escuela por el padre/madre/guardián o, bajo circunstancias especiales, por un adulto designado por el padre/madre/guardián. Bajo ninguna circunstancia administrarán el personal de salud escolar (DHHS) o el personal de la escuela (MCPS) medicamentos que hayan sido traídos a la escuela por el/la estudiante.
5. Todos los medicamentos recetados deben estar en su envase original con la etiqueta de la farmacia. Los medicamentos de venta libre deben estar en su envase original con la etiqueta de la dosis indicada por el fabricante y con el sello de seguridad intacto. Las muestras de medicamentos proporcionadas por un médico/a certificado/a deben estar debidamente identificadas con una etiqueta del médico/a certificado/a.
6. La dosis completa del primer día de cualquier nuevo medicamento para casos que no sean de emergencia debe haber sido administrada en el hogar antes de que se pueda administrar en la escuela.
7. El padre/madre/guardián es responsable de recoger cualquier parte sin usar de un medicamento dentro de una semana siguiente a la fecha de vencimiento de la orden del médico/a certificado/a o al finalizar el ciclo escolar. Todo medicamento que no sea recogido dentro de ese lapso de tiempo será desechado.
8. Los medicamentos de auto-administración y/o medicamentos sin prescripción médica son totalmente la responsabilidad del padre/madre/guardián y no la responsabilidad de MCPS o DHHS. Los medicamentos que no estén acompañados de una orden de un médico/a certificado/a y con consentimiento del padre/madre/guardián no serán almacenados en la enfermería de la escuela.
9. Los estudiantes no pueden auto-administrarse sustancias controladas.
10. Se necesita una orden del médico/a certificado/a y el permiso del padre/madre/guardián para poder portar/auto-administrar medicamentos de emergencia, tales como un inhalador para asma o un auto-inyector de epinefrina para anafilaxia. **El enfermero/a escolar debe evaluar y aprobar la habilidad y capacidad del/de la estudiante de auto-administrar el medicamento. Es imprescindible que el/la estudiante entienda la necesidad de informar al personal de salud o al personal de MCPS que él/ella se ha auto-administrado su inhalador sin percibir ninguna mejora o que se ha auto-administrado un auto-inyector de epinefrina, para que así se pueda llamar al 911.**
11. El enfermero/a escolar llamará al médico/a certificado/a según lo permite la *Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act–HIPPA)*, si surge cualquier pregunta sobre el/la estudiante y/o el medicamento del/de la la estudiante.