

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

**AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS
DE RECETA MÉDICA**

Acuerdo de Liberación de Responsabilidad e Indemnización
AUTHORIZATION TO ADMINISTER PRESCRIBED MEDICATION
Release and Indemnification Agreement - Spanish

PARTE I—DEBE SER COMPLETADA POR EL PADRE/MADRE/GUARDIÁN

Por la presente, autorizo al personal de Montgomery County Public Schools (MCPS) y a Montgomery County Department of Health and Human Services (MCDHHS) y solicito que se administre el medicamento de receta médica, de acuerdo a las instrucciones del médico (Parte II abajo). Estoy de acuerdo con liberar de responsabilidad, indemnizar y liberar de daños a MCPS y a MCDHHS y cualquiera de sus funcionarios, miembros del personal o agentes, en lo que respecta a juicio, reclamo, demanda o acción en contra de ellos, por administrar el medicamento de receta médica a este estudiante, siempre y cuando el personal de MCPS y MCDHHS siga las instrucciones del médico, como se indica en la Parte II abajo. He leído los procedimientos descritos al dorso de este formulario y asumo las responsabilidades requeridas.

I hereby request and authorize Montgomery County Public Schools (MCPS) and Montgomery County Department of Health and Human Services (MCDHHS) personnel to administer prescribed medication as directed by the physician (Part II below). I agree to release, indemnify, and hold harmless MCPS and MCDHHS and any of their officers, staff members, or agents from lawsuit, claim, demand, or action against them for administering prescribed medication to this student, provided MCPS and MCDHHS staff are following the physician's order as written in Part II below. I have read the procedures outlined on the back of this form and assume the responsibilities as required.

Estudiante Student: _____ Fecha de Nacimiento Birthdate: ____/____/____ Escuela School: _____

Nombre del Medicamento Renovado Nuevo Si la receta es nueva, ¿en qué fecha se administró la primera dosis de un día completo? If new, the first full day's dosage was given at home on: ____/____/____

Enumere todos los medicamentos que el estudiante está tomando, incluyendo medicamentos de venta libre: List all medication(s) student is taking, including over-the-counter medication(s): _____

Firma del Padre/Madre/Guardián/Parent/Guardian Signature

Número de Teléfono/Phone Number

Fecha/Date

PART II—TO BE COMPLETED BY THE PHYSICIAN/DEVANT/DEBE SER COMPLETADA POR EL MÉDICO

The Montgomery County Department of Health and Human Services and the Montgomery County Public Schools 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 septic 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 held 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 and/or generic _____ Diagnosis: _____

Dosage: _____ Time(s) To Be Given At School: _____

Route of Administration: _____ Effective Dates: From ____/____/____ To ____/____/____

Side Effects: _____

If PRN, specify: When indicated (signs/symptoms) _____

Frequency of administration _____

Physician's Name (print/type)

Physician Signature

Phone Number

Date

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

Self-carry/self-administration of **emergency** medication such as inhalers and EpiPens® **must** be authorized by the prescriber and be approved by the school nurse according to the State medication policy:

Prescriber's authorization for self-carry/self-administration of emergency medication _____ / /
Signature Date

School RN approval for self-carry/self-administration of emergency medication _____ / /
Signature Date

PART III—TO BE COMPLETED BY THE PRINCIPAL OR SCHOOL NURSE/ DEBE SER COMPLETADA POR EL DIRECTOR/A O LA ENFERMERA 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 physician's stationery/prescription blank.)
- Prescription medication is properly labeled by a pharmacist.
- Medication label and physician order are consistent.
- Over-the-counter medication is in an original container with the manufacturer's dosage label and safety seal intact.

INFORMACIÓN Y PROCEDIMIENTOS

- 1 No se administrará ningún medicamento en la escuela o durante actividades auspiciadas por la escuela sin previa autorización escrita del padre/madre/guardián y sin una orden médica por escrito. Esto incluye tanto medicamentos recetados por un médico como medicamentos de venta libre.
- 2 Los padres/guardián son los responsables de completar la Parte I y de obtener la declaración del médico en la Parte II. Este es un requisito que debe cumplirse todos los años escolares para cada nueva receta o para cualquier orden médica de continuación de un medicamento, o si existiese algún cambio en la dosis o en el horario de administración de un medicamento durante el ciclo escolar. (El médico puede optar por usar papel membrete o su bloc de recetas, en vez de completar la Parte II.) La información requerida incluye: el nombre del estudiante, el diagnóstico médico, el nombre del medicamento, la dosis, el horario de administración, la duración del medicamento, efectos secundarios, la firma del médico y la fecha.
- 3 El medicamento debe ser entregado a la escuela por los padres/guardián o, en circunstancias especiales, por un adulto designado por los padres/guardián. El personal escolar de salud (MCDHHS) o personal de MCPS no administrarán, bajo ningún motivo, un medicamento que haya sido traído a la escuela por el estudiante.
- 4 Todos los medicamentos de receta médica deberán entregarse en un envase con rótulo de identificación generado por la farmacia. Cualquier medicamento de venta libre/sin receta médica deberá estar en su envase original con el rótulo de fábrica. Cualquier muestra médica deberá tener un rótulo con las instrucciones del médico.
- 5 Para cualquier nuevo medicamento, la dosis del primer día deberá ser administrada en el hogar, antes de que pueda ser administrada en la escuela.
- 6 Es la responsabilidad de los padres/guardián recoger cualquier resto de medicamento que no haya sido utilizado dentro de un período de una semana después de haberse vencido la orden del médico o al final del ciclo escolar. Los medicamentos que no sean recogidos dentro de ese lapso de tiempo serán desechados.
- 7 Medicamentos de administración propia y/o medicamentos no recetados por un médico son enteramente la responsabilidad de los padres/guardián y no de Montgomery County Public Schools o de Montgomery County Department of Health and Human Services. La enfermería de la escuela no almacenará medicamentos que no vayan acompañados por una orden médica y una autorización firmada por los padres/guardián.
- 8 Los estudiantes no pueden autoadministrarse ninguna sustancia controlada.
- 9 Se necesita una orden médica y autorización de los padres/guardián para portar consigo y autoadministrarse medicamentos tales como inhaladores para tratamiento del asma y “EpiPens” para anafilaxis. **La enfermera de la escuela deberá evaluar y aprobar la habilidad y capacidad del estudiante para autoadministrarse un medicamento. Es fundamental que el estudiante entienda la necesidad de informar al personal de salud o al personal de MCPS cuando él/ella haya utilizado un inhalador y el mismo no haya surtido efecto, o cuando haya utilizado un “Epi-Pen”, para entonces llamar al 911.**
- 10 La enfermera de la escuela (RN) se comunicará con el médico que haya originado la receta, como lo permite HIPAA, si se presenta alguna pregunta relacionada al estudiante y/o al medicamento del estudiante.