

**DÓLARES MEDIOS**  
INSTITUTE OF TECHNOLOGY

2740 Yock Road, Jamison, Pennsylvania 18929 (215)  
343-2480 Fax (215) 343-8626 w www.mbit.org

**FORMULARIO DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS**

Todos los medicamentos, tanto recetados como sin receta, deben mantenerse en la Oficina de Salud.

Los medicamentos se administrarán a los estudiantes durante el horario escolar cuando dichos medicamentos sean necesarios y acompañados de una orden médica.

No se administrará ningún medicamento, excepto aquellos designados en el Formulario de Emergencia Estudiantil, a cualquier estudiante sin completar adecuadamente el Formulario de dispensación de medicamentos del Instituto de Tecnología de Middle Bucks. El término "medicamento" incluye medicamentos recetados y medicamentos de venta libre. Completar el formulario incluye las firmas tanto del padre/tutor como del médico. Se debe utilizar un formulario separado para cada medicamento y ser específico en cuanto a la dosis.

Cualquier medicamento que sea administrado por el personal de la escuela debe entregarse directamente a la escuela, enfermera, el director de la escuela o su designado. Los medicamentos deben traerse a la escuela en el envase original y debidamente etiquetado.

En los casos en que el Formulario de Dispensación de Medicamentos no esté disponible y la administración de medicamentos sea necesaria, las enfermeras podrán obtener órdenes verbales del médico tratante. Sin embargo, cualquier orden para que este medicamento se administre en la escuela en cualquier momento posterior debe ir acompañada de un formulario de dispensación de medicamentos firmado.

**A SER COMPLETADO POR EL MÉDICO/DENTISTA**

El nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Tiempo: \_\_\_\_\_

Consideraciones Especiales: \_\_\_\_\_

Motivo de la medicación: \_\_\_\_\_ Fecha de vigencia a partir de: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_

\*\*\*Epi-Pen o inhalador solamente: el estudiante puede llevarlo consigo o \_\_\_\_\_

autoadministrarse. Tengo entendido que los empleados del Instituto de Tecnología de Middle Bucks encargados de la administración de este tratamiento/procedimiento durante el horario escolar dependen de las instrucciones contenidas en este documento. Además, certifico que soy el físico/dentista que recetó el tratamiento y que el estudiante mencionado anteriormente está bajo mi supervisión como paciente.

Firma del Médico/Dentista: \_\_\_\_\_ Nombre impreso: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE/TUTOR**

Como padre/tutor del estudiante mencionado anteriormente, por la presente solicito que el tratamiento descrito anteriormente se administre a mi hijo y libero a Middle Bucks Institute of Technology y sus empleados de toda responsabilidad por cualquier daño que mi hijo pueda sufrir como resultado de la solicitud.

Firma del padre / tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Celúla: \_\_\_\_\_ Trabajar: \_\_\_\_\_

"Preparando hoy la fuerza laboral del mañana"