

Formato de Administración de Medicamentos

(Vía Oral o Cutánea Únicamente)



Estancia Infantil
Francisco Gabilondo
Soler "Cri-Cri"



Jardín de Niños
Jaime Sabines

Especificaciones

***Todos los datos de este formato son obligatorios, si tiene dudas pregunte en el filtro escolar.**

LLENADO POR: El Tutor para administrar Medicamentos (vía oral y/o cutánea), al pequeño a cargo y en cuidado de Guardería y Kinder. No se aplican intravenosas, intramusculares, oftálmicas y otro tipo (puede solicitar el acceso de un especialista para la aplicación de las mismas).

BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD: La información vertida en esta Solicitud es provista por el Tutor del pequeño, el cual proveerá los medicamentos que se tengan que administrar dentro del horario en el que el niño esté dentro de las Instalaciones de Guardería y Kinder.

VIGENCIA: Por los días escolares que el Médico describa en la receta médica y de ninguna manera se administrará otro tipo de medicamento, días o dosis diferente a la señalada en la receta.

LA RECETA: Debe contar con los siguientes datos con letra legible y se anexa en original o copia nítida a este Formato para colocarlo en el expediente del pequeño: Nombres Completos del niño y el médico tratante, Descripción del diagnóstico, Claridad en la dosis y Horas de administración de la dosis, Datos Profesionales del Médico: Número de Cédula profesional, sello, membrete y firma del mismo. La Receta no debe estar rota, sucia o ilegible.

DERECHO DE LA ESCUELA PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS: Las Direcciones General y Administrativa son las que deciden si autorizan o no el medicamento y pueden no autorizar por motivos de seguridad, inocuidad, falta de información en cualquier documento o por decisión personal.

| Responsable del Grupo: _____

| Fecha de Solicitud: ____ / ____ / ____

| Fecha de Inicio de la Administración: ____ / ____ / ____

| Fecha de Término: ____ / ____ / ____

| Teléfonos de Contacto en Caso de Emergencia:

Teléfono Celular del Tutor Principal: _____

Teléfono 2: _____ Nombre de Quién Contesta: _____

Correo Electrónico (e-mail): _____

| Datos del Alumno

Apellido Paterno: _____ | Apellido Materno: _____ | Nombre(s): _____

Administración Del Medicamento

Fecha - Día Escolar	Horario	Vía de Administración	Medicamento	Dosis
1.				
2.				
3.				
4.				

El Tutor Entrega a la Oficina

Medicamento	Cantidad Entregada	Cantidad Requerida para cubrir el Diagnóstico	Tipo de Medicamento	Comentarios / Tips para la toma del medicamento
1.				
2.				
3.				
4.				

Nombre Completo y Firma del Tutor

Autorización de la Dirección para la Administración

Guardería y Kinder, no se responsabiliza de que el tratamiento médico se ejecute en su totalidad fuera de las Instalaciones