



## LIDERANDO EL CAMINO

Las escuelas de Central Bucks brindarán a todos los estudiantes las habilidades académicas y de resolución de problemas esenciales para el desarrollo personal, la ciudadanía responsable y el aprendizaje permanente.

Estimado padre/tutor:

El Distrito Escolar Central Bucks tiene una política de medicamentos que requiere la autorización de los padres y del médico. Se administrarán medicamentos a los estudiantes durante el horario escolar solo cuando el estudiante los necesite para permanecer en la escuela y la administración sea necesaria durante el horario escolar. Su hijo no debe llegar a la escuela con medicamentos narcóticos para el tratamiento del dolor, ya que estos medicamentos pueden causar mareos, aturdimiento y/o sedación, lo que podría dificultar que su hijo se desempeñe de manera segura y eficaz en la escuela.

Todos los medicamentos, tanto los que se venden con receta como los que no, deben almacenarse en la enfermería de la escuela. Los medicamentos se administrarán a los estudiantes durante el horario escolar solo cuando sean necesarios y estén acompañados de una orden médica. Las enfermeras escolares no pueden dispensar medicamentos sin una orden escrita de un médico.

Con el permiso por escrito de los padres, las órdenes del Director Médico del Distrito Escolar Central Bucks permiten la administración de acetaminofén e ibuprofeno según la dosis recomendada por el fabricante. Cualquier desviación de la dosis recomendada por el fabricante de acetaminofén e ibuprofeno requiere un Formulario de dispensación de medicamentos completo. La administración de ciertos medicamentos sin receta está disponible para los estudiantes. Estos medicamentos incluyen pastillas para la tos, ungüento Neosporin y tabletas antiácidas. La administración de todos los demás medicamentos con y sin receta Se requiere un formulario de dispensación de medicamentos completo. El término "medicamento" incluye medicamentos con receta y medicamentos sin receta, por ejemplo, crema de cortisona y jarabe para la tos, etc. Para completar el formulario de dispensación de medicamentos, se requieren las firmas tanto del padre/tutor como del médico. Se debe completar un formulario separado para cada medicamento y debe especificar la dosis.

Todos los medicamentos que deba administrar la enfermera escolar certificada o la enfermera del personal deben entregarse directamente a la enfermera escolar. No se aceptan medicamentos en bolsas de plástico, papel de aluminio, sobres, frascos de pastillas viejos ni frascos de otros miembros de la familia y no se administrarán.

En los casos en que no se disponga del formulario de dispensación de medicamentos y sea necesaria la administración de medicamentos, las enfermeras escolares pueden obtener órdenes verbales del médico que prescribe. Sin embargo, cualquier orden para que se administren medicamentos en la escuela al día siguiente o en días posteriores debe ir acompañada de un formulario de dispensación de medicamentos completo y firmado por el padre/tutor y el médico. De acuerdo con la Ley 187 del Código Escolar y los procedimientos del CBSD, se puede permitir que los estudiantes que requieran inhaladores de rescate y Epi-pens lleven y se autoadministren estos medicamentos con una orden firmada por el médico, el permiso de los padres y una evaluación de competencia por parte de la enfermera escolar. Comuníquese con la enfermera de su escuela si tiene preguntas o inquietudes.

Agradecemos su colaboración en este asunto; nuestra preocupación es la salud y el bienestar de nuestros estudiantes.

Atentamente,

Steven Gianni, Doctor en Educación.  
Superintendente

**CENTRAL BUCKS SCHOOL DISTRICT  
20 WELDEN DRIVE, DOYLESTOWN, PA 18901 - (267) 893-2000**

**MEDICATION DISPENSING FORM**

All medication, whether prescription or non-prescription, must be stored in the school health room and must be accompanied by a healthcare provider's order. The protocol for students who require medication in school is as follows:

- The healthcare provider must complete and sign the first section of this form, and the parent/guardian must complete and sign the second section, giving permission to administer the medication in school
- CBSD will accept a written order on a private prescription form attached to this form with the completed and signed parent/guardian second section of this form
- **Medication will not be administered to any student in school without completed orders in place. Failure to provide documentation will require the parent/guardian to be present in school to personally administer the medication**
- Medication must be delivered to the school nurse in the original labeled container. **All controlled medications, e.g. Ritalin, Concerta, Adderall, etc. must be delivered to the school nurse by an adult and will be counted and recorded on the student's medication log**

**TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN/NURSE PRACTITIONER/PHYSICIAN'S ASSISTANT/DENTIST**

STUDENT'S NAME: \_\_\_\_\_ AGE: \_\_\_\_\_ GRADE: \_\_\_\_\_ SCHOOL: \_\_\_\_\_

NAME OF MEDICATION: \_\_\_\_\_ DOSAGE: \_\_\_\_\_ FREQUENCY: \_\_\_\_\_

SPECIAL CONSIDERATIONS: \_\_\_\_\_

REASON FOR MEDICATION: \_\_\_\_\_

EFFECTIVE DATES: FROM: \_\_\_\_\_ TO: \_\_\_\_\_

**It is my understanding that Central Bucks School District employees charged with the administration of this treatment/procedure during school hours rely on directions contained in this document. I certify that I am the healthcare provider who prescribed this treatment and that the student named above is under my supervision as a patient.**

SIGNATURE OF HEALTHCARE PROVIDER: \_\_\_\_\_

PRINTED NAME OF HEALTHCARE PROVIDER: \_\_\_\_\_

ADDRESS: \_\_\_\_\_

TELEPHONE: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

**TO BE COMPLETED BY PARENT/GUARDIAN**

**As the parent/guardian of the student named above, I hereby request that the treatment described above be administered to my child. I hereby release Central Bucks School District and its employees from liability for any and all damages my child may suffer as a result of this request.**

SIGNATURE OF PARENT/GUARDIAN: \_\_\_\_\_

PRINTED NAME OF PARENT/GUARDIAN: \_\_\_\_\_

CELL PHONE: \_\_\_\_\_ WORK PHONE: \_\_\_\_\_