

INFORMACIÓN MÉDICA

Por favor leer cuidadosamente

*MEDICAMENTOS incluye medicamentos con receta, sin receta, vitaminas y hierbas medicinales. Incluye aquellos tomados por vía oral, inhalados, inyectados, supositorios o aplicaciones (incluidas gotas en los ojos o la nariz o cremas en la piel).

* Definición de las pautas estatales de MI para la administración de medicamentos a los alumnos en la escuela

Para que su hijo(a) reciba CUALQUIER medicamento; con o sin receta durante el campamento, un formulario de PERMISO DE MEDICAMENTOS debe ser completado y firmado tanto por el padre / tutor y el médico del niño. Por favor, incluya el nombre exacto del medicamento y la dosis. Este formulario se puede enviar por fax directamente al campamento desde la oficina de su médico. FAX NO: (269-721-1071)

- Todos los medicamentos deben enviarse en el envase original. Esto incluye inhaladores y medicamentos de dosis unitaria (es decir, Albuterol, Proventil y Asmanex, Nasonex, etc.).
- No se permiten pastilleros, solo envases originales.
- La etiqueta original de la farmacia debe estar en los medicamentos recetados con el nombre de su hijo(a).
- No se puede administrar medicamentos si están vencidos.
- Los medicamentos no se pueden combinar en un solo envase, como poner 5mg y 10mg en el mismo envase o dos medicamentos diferentes en un envase. No se permiten pastilleros con los días de la semana.
- Si es necesario cortar las píldoras, córtelas con anticipación. No podemos alterar la medicación.

Si su hijo(a) comienza un nuevo medicamento con receta después de completar el formulario de Medicación, otro Formulario de Permiso de Medicación está disponible en línea en clearlakecamp.org en la sección de Formularios.

NOTA: Nuestro personal llevará medicamentos de emergencia para niños. Si esto no es aceptable, usted también debe proporcionar un **Plan de Atención de Emergencia** escrito por el médico y los padres. (El Código Escolar Revisado, Sección 380.1179) (Enlace al código: <http://legislature.mi.gov/doc.aspx?mcl-380-1179>)

Un(a) niño(a) que es diabético(a) o que tiene asma grave y usa un nebulizador, tiene alergia severa a los alimentos o tiene otros problemas de salud críticos; se requiere un **Plan de Atención Médica** proporcionado por el médico. Además, para el mejor cuidado de su hijo(a), comuníquese con el campamento con anticipación para analizar este plan. Ejemplos de planes de atención médica se pueden encontrar en línea en <http://www.pacer.org/health/samplehealthplans.asp>

Si tiene alguna pregunta con respecto a los medicamentos, llame al OFICIAL DE SALUD DE OEC antes de que su hijo(a) llegue al campamento al 269-721-8161 entre las 8:00 AM y las 4:00 PM, los martes.



Escuelas Públicas de Battle Creek
 Centro de Educación al Aire Libre
 10160 South M-37 HWY
 Dowling, MI 49050
 269-721-8161 FAX: 269-721-1071

FORMULARIO DE PERMISO DE MEDICAMENTOS

Para CUALQUIER medicamento (Incluidos: medicamentos recetados, medicamentos sin receta, suplementos a base de hierbas, vitaminas, pastillas para la tos)

Nombre del Estudiante: _____ Grado: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Escuela: _____

PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE/ TUTOR LEGAL:

Solicito que (Mi hijo/a) _____ reciba los medicamentos mencionados en el campamento. Entiendo que el medicamento se administrará exactamente según las indicaciones del médico que prescribió el medicamento.

Firma del Padre/ Tutor: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Telefono: _____

Medico Prescriptor: _____

Dirección: _____ Telephone _____

PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO:

Por favor, incluya el nombre exacto del medicamento y mg / ml / mcg (Dosis).

Los horarios típicos de medicamentos en el campamento son los horarios de comidas- (D, A, C), 4:00 p.m. y la hora de acostarse.

Medicamento:

- (1) Nombre del Medicamento: _____
 Dosis: _____ Debe de ser dado: _____
 Razón para usar el medicamento: _____
 Instrucciones Especiales: _____
- (2) Nombre del Medicamento: _____
 Dosis: _____ Debe de ser dado: _____
 Razón para usar el medicamento: _____
 Instrucciones Especiales: _____
- (3) Nombre del Medicamento: _____
 Dosis: _____ Debe de ser dado: _____
 Razón para usar el medicamento: _____
 Instrucciones Especiales: _____
- (4) Nombre del Medicamento: _____
 Dosis: _____ Debe de ser dado: _____
 Razón para usar el medicamento: _____
 Instrucciones Especiales: _____
- (5) Nombre del Medicamento: _____
 Dosis: _____ Debe de ser dado: _____
 Razón para usar el medicamento: _____
 Instrucciones Especiales: _____
- (6) Nombre del Medicamento: _____
 Dosis: _____ Debe de ser dado: _____
 Razón para usar el medicamento: _____
 Instrucciones Especiales: _____

LAS PEDIDOS PUEDEN ENVIARSE POR FAX DIRECTAMENTE A NUESTRA OFICINA AL 269-721-1071

Si se necesita más espacio, complete y firme un segundo formulario. Por favor, ponga una X a través de los espacios no utilizados.

Firma del Médico: _____