



**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO ALIMENTAR TUBO**  
**Distrito Escolar de Beloit, Beloit, Wisconsin**

Se promueve que los medicamentos sean administrados en el hogar por los padres / guardianes cuando sea posible. Si es necesario que un estudiante reciba medicina en la escuela, en los paseos, o una actividad patrocinada por la escuela, se requiere que todas las partes apropiadas de este formulario sean completadas antes de que el medicamento pueda ser administrado en la escuela. Se requiere UN formulario por CADA medicamento.

**Esta sección debe ser completada por el Padre o Tutor:**

Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Consentimiento del Padre o Tutor:**

- Yo solicito y autorizo que el personal de la escuela administre este medicamento o procedimiento en la escuela.
- Yo suministraré el medicamento en su envase original, actualizado, con el envase etiquetado de la farmacia y fabricante. (Solicite un envase adicional en la farmacia).
- Esta orden está en vigor para el año escolar actual, al menos que se indique lo contrario.
- Yo obtendré una nueva receta del médico y notificaré a la escuela con cualquier cambio en la medicación (dosis, tiempo, método).
- Yo autorizo al director, subdirector, o la enfermera escolar a intercambiar información verbalmente o por escrito con el medico de mi hijo con respecto a este medicamento o cualquier duda relacionada con este medicamento.
- Yo entiendo que todos los medicamentos tienen que ser llevados y recogidos a la escuela por el padre o tutor.
- Yo estoy de acuerdo en eximir al Distrito Escolar, sus empleados, y agentes que están actuando dentro del ámbito de sus funciones, libremente de cualquiera y todas demandas o reclamos derivadas en la administración de este medicamento en la escuela.
- Mi firma indica que he leído y comprendo completamente la información escrita arriba.

Mi hijo asiste en Beloit Memorial High School y puede llevar consigo y administrarse el medicamento en la escuela:  Sí  No

Firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**This section to be completed by Physician/Practitioner:** (Esta Sección tiene que ser completada por el Doctor o Médico)

Diagnosis for which tube feeding will be required in school:			
Allergies:			
Type of Gastrostomy appliance placed: <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> Button <input type="checkbox"/> G-tube <input type="checkbox"/> Other (describe)			
Tube feeding formula:		Amount of tube feeding:	
Tube Flush:		Amount of tube flush solution:	
Time and frequency of feeding:		Rate of feeding:	
Is it necessary to measure residual? Will it alter feeding volume?		If yes to both, indicate the residual amount that would prohibit the residual amount that would prohibit feeding:	
Tube feeding method: <input type="checkbox"/> Bolus by gravity <input type="checkbox"/> Bag <input type="checkbox"/> Syringe <input type="checkbox"/> Mechanical Pump			
Pump: _____		Rate of flow _____ ml/hr	

This permission is valid for:  Current School Year OR Dates: From \_\_\_\_\_ To \_\_\_\_\_

This student attends Beloit Memorial High School and may carry and self-administer medication in school.  Yes  No

The above medication is to be administered during the school day in accordance with the above instruction and agreements. I agree to accept communication about student/medication and understand that designated school personnel will give the medication. Please contact me if the following symptoms occur: \_\_\_\_\_

Physician/Practitioner Signature \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Printed Name & Address of Physician/Practitioner & Phone Number \_\_\_\_\_