

PROCOLO DE ENFERMEDADES CONTAGIOSAS Y ADMINISTRACIÓN DE
MEDICAMENTOS

De la Administración de Medicamentos

Entendiéndose que es el padre, madre o apoderado el primer responsable de mantener la salud del menor, velando por su derecho fundamental a ésta, es que ellos deben ser la primera opción para suministrar los medicamentos, por lo que, si los remedios deben ser administrados dentro del horario escolar, es el apoderado quien debe acercarse a la Escuela a llevar a cabo el procedimiento. Si por fuerza mayor éste no pudiese, debe solicitar que el suministro de la medicina pueda realizarse por un funcionario del establecimiento.

Así, la administración de medicamentos dentro de la jornada escolar, puede ser llevada a cabo por la docente a cargo del nivel, encargada de seguridad escolar o directora, posterior a la autorización firmada por el apoderado, solicitando dicho trámite.

Así el protocolo por parte de los funcionarios del establecimiento, debe llevarse a cabo con la presentación de la receta médica emitida por profesionales de la salud, la cual deberá contener los datos del párvulo, nombre del medicamento, dosis, frecuencia y duración del tratamiento; además de dicha receta estar firmada, timbrada y fechada por el profesional médico

No se administrará un medicamento alternativo al que aparece en la receta, así como tampoco si el medicamento está vencido o en mal estado, por lo que la docente a cargo deberá comunicárselo al apoderado para que éste haga cambio de medicamento o de la receta

De enfermedades contagiosas

Prevención: Toda la comunidad educativa debe estar alerta frente a enfermedades comunes y alto contagio (pediculosis, impétigo, diarrea, infección respiratoria aguda (IRA), influenza, entre otras. Al momento de detectar signos y síntomas el apoderado, notificado por la docente o directora si la detección fue dentro del establecimiento, debe llevar al menor a un centro de atención de salud para prevenir el contagio hacia otros y recibir el tratamiento necesario.

En el caso que el párvulo se encuentren en un periodo contagioso, donde tenga peligro de infectar a sus pares o a otro miembro de la comunidad escolar **no debe asistir a clases**, por lo que su apoderado deberá resguardar el derecho del menor a recibir atención de salud, obteniendo licencia médica para que éste guarde reposo en el hogar o institución de salud adecuada, buscando el beneficio de los integrantes de la Comunidad Escolar, así como del menor; esto con el propósito de disminuir contagios que puedan afectar la continuidad del servicio educativo, y por ende, las oportunidades de aprendizaje de las niñas y niños.

AUTORIZACIÓN

Escuela de Lenguaje Play College II de la corporación educacional Explora busca mantener protegidos a los niños y niñas ante cualquier contrariedad que pudiera surgir en relación con la custodia y suministro de medicamentos en el establecimiento. Para que los medicamentos sean suministrados por la docente a cargo, encargada de seguridad escolar o directora, se debe entregar receta médica original o copia legalizada y firmada por el apoderado. Se necesitarán tantas copias como medicamentos haya que suministrar (si es que cada medicamento tuviese **81** receta por separado). Todos los medicamentos, en su envase original y en buen estado, deberán ser entregados por los padres directamente a la docente a cargo. En la receta debe estar claro y legible: datos del párvulo, nombre del medicamento, dosis, frecuencia y duración del tratamiento; además de dicha receta estar firmada, timbrada y fechada por el profesional médico.

Nombre del estudiante: _____

Nivel: _____

Nombre del medicamento: _____

Ruta de administración (uso tópico, oral, nasal, ocular, etc.):

Dosis y período de administración: _____ Horarios _____

Patología: _____

Por medio de la presente autorizo que se le administre a mi pupilo(a) el medicamento descrito anteriormente por parte de la docente a cargo. Asimismo, me hago totalmente responsable, liberando a la Escuela de Lenguaje Play College II de toda responsabilidad, por cualquier contraindicación que pueda aparecer como resultado del suministro de este medicamento a mi hijo(a).

Nombre Completo : _____

Rut : _____ Fecha: _____

Firma: _____