FORMULARIO DE MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:

Nombre del(la) Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____ Escuela _____

Medicamento/Procedimiento _____ Dosis _____ Horario/Frecuencia _____

Año Escolar o Fechas Vigentes _____ Medico del Estudiante _____

Razon del Medicamento/ Procedimiento _____

PHOTO ID (Optional)

Nota: Para medicamentos con receta: Firma de Consentimiento de Padres y firma de Orden del Medico es requerida.
Para medicamentos sin receta: Firma de Consentimiento de Padres es requerida.

CONSENTIMIENTO DE PADRES: **Complete para CADA MEDICAMENTO/PROCEDIMIENTO en la escuela (Por favor revise el manual de la escuela para información con respecto a la politica de medicamento.)**

Yo solicito que este medicamento/sea administrado en la escuela.
Medicamento sera suministrado en el envase original,
Y debidamente etiquetado. Esta orden estará en efecto/vigente para
este año escolar a menos que sea indicado de otra manera.
Yo notificare por escrito a la escuela de cualquier cambio y obtendre una orden nueva del Doctor.

Yo autorizo al personal de la escuela para que intercambie información verbal o por escrito con el Doctor de mi hijo/a concerniente al medicamento o condición por la cual se a recetado.

Yo libero al distrito escolar de cualquier responsabilidad civil como resultado de la administración del medicamento o procedimineto como se indica.

Fecha _____ Firma del Padre/Guardián _____ # de Teléfono _____

ORDEN MEDICA: **Complete para CADA RECETA, MEDICAMENTO/PROCEDIMINETO** en la escuela. El procedimineto de medicina descrito arriba debera ser administrado durante el día de clases de acuerdo con las instrucciones descritas arriba.
Por favor pongase en contacto conmigo si los siguientes sintomas ocurren: _____

Información Adicional: _____

Para Inhaladores Para El Asma—El estudiante lo puede llevar con el/ella en la escuela **Si** **No**
Para Autoinyectadores de epinefrina—El estudiante lo puede llevar con el/ella en la escuela **Si** **No**

Fecha _____ Firma del Doctor _____ # de Teléfono _____