

AUTORIZACION PARA ADMINISTRAR MEDICACION

Nombre de Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____

Doy el permiso al personal escolar de administrar la medicación(s) a mi niño por instrucciones siguientes:
El padre o el Médico deben completar: (Por favor no salte ninguna pregunta)

Medicación: _____	_____ No Prescripción
Dosis (fuerza/cantidad): _____	_____ Prescripción RX numero: _____
Frecuencia (cuantas veces): _____	Nombre de farmacia: _____
Hora del día para medicina en la escuela: _____	_____ Por favor permita que mi niño auto-administre esta medicación. Requiere que la forma de acuerdo de auto-medicación sea firmada por el padre, administrador escolar, y si es prescripción, el consentimiento del médico. (vea abajo)
Ruta (circule uno): Boca Oreja Ojo Nariz Piel	
Fecha de Comienzo: _____ Fecha Final: _____	
Razón para el Medicamento:	TODA LA MEDICACIÓN DEBE ESTAR EN SU MAS RECIENTE CONTENEDOR ORIGINAL CON UNA ETIQUETA EXACTA
Instrucción Especial:	

Entiendo que soy responsable para proporcionar esta medicación y mantener el suministro como sea necesario. Toda la medicación debe ser proporcionada de la casa y debe estar contenida en su contenedor etiquetado original. Entiendo que soy responsable de notificar la escuela por escrito de cualquier cambio de medicación, y que todas las medicaciones administradas por personal deben ser traídas a y de la escuela por un padre o guardián. Se requiere que padres recojan toda la medicación no usada antes del último día de la escuela. Entiendo que cualquier medicación dejada en la escuela será desechada.

Firma de Padre/Guardián: _____ **Fecha:** _____

(Esta autorización se aplica sólo a la medicación puesta arriba para la duración del tratamiento o año escolar.)

Mi firma también autoriza un cambio de información si es necesario entre la enfermera escolar, apropiado personal escolar, y/o el proveedor de salud de mi niño.

INSTRUCCION DE MÉDICO

(Requerido por escrito o en la farmacia etiquetan para todas las medicaciones de prescripción)

_____ He prescrito la medicación de arriba para el estudiante cuyo nombre aparece en la parte de arriba de esta forma
Las instrucciones del padre son exactas.

_____ Por favor permita que este estudiante cargue y auto-administre esta medicación. (El estudiante debe ser mentalmente y de comportamiento capaz de auto-administrar.)

_____ Instrucciones especiales incluso reacciones adversas y acción requerida: _____

Nombre del Medico (por favor imprima/selle)

Nombre y dirección de Clínica

Firma de Medico

Teléfono

Fecha de Vigencia