



AUTORIZACION PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS POR EL PERSONAL DE LA ESCUELA

Nombre del Estudiante: _____ **Fecha de Nacimiento** _____ **Grado** _____
Escuela: _____

Doy permiso para que el personal de la escuela administre medicamentos a mi hijo/a: (Padres por favor Completen la siguiente información.)

MEDICAMENTO: _____

Receta _____ **No-Receta** _____ (marque uno)

Dosis (cantidad): _____

Frecuencia (cada cuando): _____

Horario (hay un horario específico en el que su hijo/a necesita el medicamento): _____

Duración: Fecha de Comienzo _____ Fecha de terminación _____

Motivos del Medicamento: _____

Instrucciones Especiales: _____

Entiendo que soy responsable de proveer y mantener la cantidad necesaria de este medicamento.

Tengo la responsabilidad de notificar a la escuela por escrito de cualquier cambio relacionado con los medicamentos.

Los padres de familia tienen la responsabilidad de recoger cualquier medicamento sobrante durante el último día de clases. Todos los medicamentos que no se recojan serán desechados.

**FIRMA DE
PADRE/TUTOR** _____

FECHA _____

(Esta autorización tiene efecto solamente al medicamento anteriormente mencionado y por la duración del tratamiento o año escolar. Esta autorización también sirve para el intercambio de información, entre la enfermera de la escuela, personal de la escuela apropiado, y/o el proveedor de salud de mi hijo/a.)

INSTRUCCIONES DEL DOCTOR SON REQUERIDAS EN TODAS LAS ETIQUETAS DEL MEDICAMENTO RECETADO.