



Formulario de Medicación

Sólo complete esta forma si su hijo está trayendo medicamentos (con receta o de venta libre) a Mission Springs Educación al Aire Libre

Nombre del estudiante _____

Escuela _____

¿Por qué? Código de Educación 49423 requiere:

1. Una orden firmada por su médico (este formulario)
2. consentimiento firmado por el padre / tutor (este formulario) de manera que un personal designado de la escuela pueden llevar a cabo las instrucciones del médico
3. Los medicamentos en una botella de la farmacia etiquetado con el nombre , la dosis del niño , y el nombre genérico del medicamento

Código de Educación 49480 da la designado personal de la escuela autorización para comunicarse con el médico y el personal de Mission Springs sobre los posibles efectos de la medicación.

Esta sección debe ser completada por un médico

Nombre del paciente: _____

Medicación: _____

Dosis: _____

Frecuencia: _____

(Precauciones, Instrucciones Especiales, Posible Efecto Adverso, Comentario): _____

Nombre del médico: _____



Firma del médico: _____

Dirección del Médico: _____ Teléfono del Médico: _____

Esta sección debe ser completada por el padre/tutor

Doy mi consentimiento Secciones del Código de Educación 49423 y 49480. Mi estudiante _____ tiene mi permiso para tomar la medicación anterior a Mission Springs y para el personal escolar designado para asistir y / o permitir él / ella tomar el medicamento antes mencionado como se indica para: (motivo de la medicación)



Firma del padre/tutor _____ Fecha _____