



FORMA DE AUTORIZACIÓN PARA MEDICAMENTOS

ESTA SECCIÓN DEBE LLENARLA EL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL:

Nombre del estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____

Teléfono (hogar): _____

Ciudad: _____

Teléfono (otro): _____

Escuela: _____

Grado: _____

Nombre del medicamento: _____

Dosis: _____

Horario para administrar el medicamento: _____

Instrucciones especiales: _____

Estoy de acuerdo con el medicamento indicado arriba y seré responsable de lo siguiente:

- Entregar a la oficina de la escuela el medicamento en el envase original del fabricante o un envase con etiqueta de la farmacia.
- Mantener el suministro suficiente del medicamento.
- Mantener informado al personal de la escuela sobre los cambios en la dosis u horario para administrarlos.
- Obtener un nuevo formulario del médico para cualquier cambio en este medicamento.

En el caso de que se necesite más información sobre este medicamento o su administración, autorizo al personal de la escuela a comunicarse con el médico del estudiante.

Firma del padre/madre/tutor el estudiante: _____ Fecha: _____

Número telefónico: _____ Teléfono alternativo: _____

La sección del médico solo debe llenarse para medicamentos recetados o para medicamentos sin receta que no siguen las instrucciones provistas en el envase.

THIS SECTION TO BE COMPLETED BY THE PHYSICIAN:

Please administer _____ the following medication at school:

(Student's Name)

Name of medication: _____ Dosage: _____

Administer Medication:

- At the following times: _____
- As needed for: _____, but no more frequently than every _____

Special Instructions: _____

Inhalers:

- May carry on their person. This student has been instructed in the proper use of this medication and is sufficiently responsible to self-administer.
- May not carry inhaler on their person.

Physician Signature: _____ Date: _____

Print Physician Name: _____ Phone number: _____

Misión: Servir a nuestra comunidad educando a cada niño.