



## AUTORIZACIÓN PARA MEDICAMENTOS

Nombre de la escuela \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Al padre, madre o tutor de \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Para poder ayudarle a proteger la salud de su hijo o hija, necesitamos su consentimiento y la autorización por escrito de un profesional de la salud autorizado, cuando su hijo tenga que tomar algún medicamento con o sin receta en alguna de las escuelas del Distrito Escolar Mooreville. Su hijo no podrá recibir ningún medicamento en la escuela hasta que se reciba esta autorización. Cada medicamento necesita una forma por separado. Se deberá entregar una nueva forma de autorización al comienzo de cada año escolar, cuando la dosis o indicaciones cambien, o cuando se prescriba un nuevo medicamento. Es su responsabilidad proporcionar todos los medicamentos que su hijo o hija deberá tomar en la escuela. Todas las medicinas deberán estar en sus frascos originales con las debidas etiquetas de la farmacia o de la oficina del médico. Si lo pide, la mayoría de farmacias le podrá suministrar un frasco extra para usarlo en la escuela. Se recomienda que no se usen medicamentos sin prescripción dentro de la escuela.

**Permiso del padre, madre o tutor:** Yo doy el permiso necesario para que mi hijo o hija reciba esta medicina durante el horario escolar. Entiendo que comprar y proporcionar esta medicina es mi responsabilidad. En nombre de mi hijo o hija, descargo de cualquier tipo de responsabilidad por lo que pueda pasar como consecuencia de que mi hijo haya tomado esta medicina, a la Junta de Educación del Distrito Escolar Mooreville y sus agentes y empleados.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, madre o tutor                      Fecha                      Números de contacto (teléfono, buscapersonas, etc.)

### SÓLO PARA SER LLENADO POR PROFESIONALES DE LA SALUD: USE LETRA LEGIBLE

Medicamento prescrito \_\_\_\_\_ Potencia / Dosis \_\_\_\_\_

Indicaciones específicas (indique la cantidad exacta que se debe usar, a qué hora y cuán seguido, la relación con las comidas, indicaciones específicas cuando sea necesario)

Efectos secundarios o reacciones adversas que pueden ocurrir: \_\_\_\_ indique los estandares \_\_\_\_ ( o especifique):

\_\_\_\_\_  
Instrucciones adicionales: \_\_\_\_\_

### \_\_\_\_ ESTE MEDICAMENTO SE DEBE USAR SÓLO EN CASO DE EMERGENCIA.

\_\_\_\_ Permite que este estudiante se administre este medicamento él o ella misma.

\_\_\_\_ Este estudiante debe llevar su medicamento consigo en todo momento.

Es importante que este alumno reciba su medicamento durante el horario escolar **con el fin** de conservar o mejorar su salud y así aprovechar la asistencia a la escuela. Notifique al director o enfermera de la escuela, y a los padres/tutores si es que se presenta algún problema.

\_\_\_\_\_  
Firma del medico                      Fecha                      Teléfono                      Fax