



TRACY
UNIFIED SCHOOL DISTRICT

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUBRIDAD

1975 W. Lowell Ave.
Tracy, CA 95376-2238
(209) 830-3241 phone (209) 830-3242 fax

“El futuro pertenece a las personas con educación”

PERMISO PARA MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____

Escuela _____ Grado _____ Alergias _____

Los medicamentos pueden administrarse a los estudiantes en la escuela si se proporciona la información completa y el padre/tutor esta de acuerdo en seguir los siguientes términos y condiciones. *Nota: Esta forma es valida por un año escolar. Código de Educación 49423.*

DEBE COMPLETARSE POR UN MEDICO:

Condición Medica _____

Medicamentos Recetados: _____ Dosis: _____ Vía de Administración _____

Instrucciones: _____

Opciones para administración mientras se encuentra en la escuela. (Por favor marque una:)

- Sin supervisión, administrado por si mismo
- Con supervisión, administrado por si mismo
- Con supervisión, administrado por la enfermero u otro personal autorizado

Cualquier cambio de medicamentos, dosis, u hora puede autorizarse en su receta y mandarse por correo o por fax a la escuela. La autorización actual estará en efecto por un año escolar

Firma del Medico _____ Fecha _____

Dirección _____ Número de Teléfono _____

DEBE COMPLETARSE POR EL PADRE/TUTOR:

El medicamento puesta en una lista, con receta o comprada del mostrador, debe tomarse durante las horas escolares según lo indique el médico. Entiendo que este servicio es proporcionado sólo cuando el horario de medicamentos requeriría que el alumno permaneciera en casa, cuando el medicamento es necesario para situaciones de emergencia, o por motivos de salud específicos. Como padre, tengo el derecho de venir a la escuela y administrar el medicamento a mi niño si siento que es necesario. Concedo el permiso para que el Distrito Escolar intercambie información con el doctor de mi niño como juzgue necesario.

Estoy de acuerdo que dicho medicamento será entregado a la escuela en un recipiente etiquetado de una receta con el nombre de mi estudiante, fecha, el nombre del medicamento, dosis, hora (s) para ser administrado, instrucciones especiales, y nombre del médico. Consiento en proporcionar una medida apropiada para la dosis apropiada, especialmente para el medicamento líquido.

Firma de Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Dirección _____ Teléfono de Trabajo _____ Teléfono de Casa _____

Firma de la Enfermera Escolar

Fecha