

DISTRITO ESCOLAR DE LODI

Oficina del distrito	Escuela Secundario	Escuela Intermedia	Escuela Elemental	Escuela Primaria
115 School Street 608-592-3851 Fax: 608-592-3852	1100 Sauk Street 608-592-3853 Fax 608-592-1045	900 Sauk Street 608-592-3854 Fax: 608-592-1035	101 School Street 608-592-3842 Fax: 608-592-1025	1307 Sauk Street 608-592-3855 Fax: 608-592-1015

FORMULARIO DE MEDICINA RECETADA

Para que un estudiante reciba medicina en la escuela, cada porción de este formulario **TIENE QUE** ser completada. **Para medicina recetada se requiere un firme de AMBOS el médico y el padre/tutor legal.**

Nombre del estudiante: _____ **Escuela:** _____

Fecha de nacimiento: _____ **Edad:** _____

Sección para el médico:

Nombre de medicamento	Ruta	Dosis	Frecuencia/Tiempo	Fecha que empieza	Fecha que termina	Efectos secundarios posibles

PARA LOS INHALADORES DE ASMA E INYECTORES DE EPINEFRINA SÓLO:

Sí **No** Este estudiante y sus padres/tutores legales han sido enseñados en la autoadministración. El estudiante puede llevar su inhalador o inyector y auto-administrar en la escuela.

FIRMA REQUERIDO DEL MÉDICO

El medicamento/tratamiento encima será administrado durante el día escolar en conformidad de las instrucciones y acuerdos. Acepto comunicación según el estudiante/medicamento y comprendo que el medicamento será administrado por empleados de la escuela sin entrenamiento medical.

Firma del médico: _____ **Fecha:** ___/___/___

Nombre del médico _____ **Dirección** _____ **Teléfono** _____

Ve el otro lado para PERMISO DEL PADRE

Aprobado por el Conjunto del Distrito de Lodi junio 2018

PERMISO DEL PADRE/TUTOR LEGAL:

Tenemos algunos medicamentos inventarios en la oficina de la enfermera. Si quiere que su estudiante pueda usar estos medicamentos, por favor, marque sí.

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Crema de hidrocortisona al 1% - para la erupción |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Crema de antibiótico triple – para raspaduras y cortes menores |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Pastillas para la tos – contiene mentol para el dolor de garganta o la tos |

FIRMA REQUERIDA DEL PADRE/TUTOR LEGAL

He leído las responsabilidades de los padres y entiendo mi parte en proporcionarle a mi hijo este medicamento en la escuela. La medicación anterior se administrará durante el día escolar de acuerdo con las instrucciones y acuerdos anteriores. Autorizo al personal de la escuela para consultar con el médico / licenciado prescriptor nombrado en el consentimiento del medicamento con respecto a cualquier pregunta sobre el medicamento enumerado o condición médica tratada con el medicamento. Estoy de acuerdo en aceptar la comunicación sobre estudiante / medicamento y entiendo que el medicamento será administrada por una escuela sin entrenamiento medical. **Los medicamentos recetados NO están autorizados para ser auto-administrados por un estudiante, excepto inhaladores y auto-inyectores de epinefrina permitidos por la ley estatal.**

Firma del padre/tutor legal: _____ **Fecha:** ___/___/___

Fecha de recibo en la escuela: ___/___/___ Recibido por: _____