

Escuelas Públicas del Condado de Albemarle

Solicitud de los Padres para que Administren Medicina en la Escuela

Escuela	Teléfono	Fax	Escuela	Teléfono	Fax
Agnor-Hurt	973-5211	974-7046	Stony Point	973-6405	973-9751
Baker-Butler	974-7777	964-4684	Woodbrook	973-6600	973-0317
Broadus Wood	973-3865	973-3833	Burley	295-5101	984-4975
Brownsville	823-4658	823-5120	Henley	823-4393	823-2711
Crozet	823-4800	823-6470	Jouett	975-9320	975-9325
Greer	973-8371	973-0629	Sutherland	975-0599	975-0852
Hollymead	973-8301	978-3687	Walton	977-5615	296-6648
Meriwether Lewis	293-9304	979-3850	Albemarle	975-9300	974-4335
Mountain View	293-7455	293-2067	Monticello	244-3100	244-3104
Murray Elem.	977-4599	979-5416	Murray High	296-3090	979-6479
Red Hill	293-5332	293-7300	Western Albemarle	823-8700	823-8711
Scottsville	286-2441	286-2442	Learning & Growth	974-8070	979-6479
Stone Robinson	296-3754	296-7645	Center 1	244-8900	

Solicitud de los Padres para que Administren Medicina en la Escuela

Por favor envíe este formulario a la escuela cuando sea necesario. Todas las áreas de este formulario deben completarse para que el personal de la escuela administre el medicamento. Por favor escriba en letra de imprenta.

Por favor permita que la enfermera de la escuela, o un miembro del personal de la escuela le administre a: _____ la siguiente medicina:

(nombre del estudiante)

(Marque uno) Ciertos medicamentos recetados que se especifican a continuación o

Medicamentos sin receta que se especifican a continuación

Entiendo que la persona en la escuela que administrará este medicamento o tratamiento puede ser inexperta y no estar capacitada en este servicio solicitado y declaro, sin reservas, que no lo haré responsable de ninguna manera a él /ella ni a la Junta Escolar del Condado de Albemarle por daños o lesión que pueda sufrir mi hijo(a) como resultado de este servicio. **Entiendo que debo proporcionar todos los medicamentos administrados a mi hijo(a) en su envase original.** Comprendo que la información médica asociada con el uso de este medicamento puede ser divulgada al personal de la escuela que tenga autoridad para supervisar a mi hijo(a). Para medicamentos con receta médica, mi firma a continuación se considerará un consentimiento para que la enfermera de la escuela se comunique con el médico nombrado a continuación para que lo firme o para discutir el medicamento.

Fecha de la orden: _____ Nombre del medicamento: _____

Dosis exacta a administrar: _____ Hora del día que debe administrarse: _____

Motivo para el medicamento: _____

Duración del medicamento: _____

Instrucciones especiales: _____

Firma del médico/Fecha
(para medicinas con receta médica)

Nombre del padre/madre o apoderado

Número de teléfono de la casa

Número de teléfono del médico
(para medicinas con receta médica)

Firma del padre/madre o apoderado
(para todos los medicamentos)

Número de teléfono durante el día

Fecha de nacimiento del estudiante: _____

POR FAVOR TENGA EN CUENTA QUE, DURANTE LA PANDEMIA, LOS MEDICAMENTOS PARA BAJAR LA FIEBRE, COMO IBUPROFEN O TYLENOL, NO SERÁN ADMINISTRADOS SIN LA AUTORIZACIÓN DE UN MÉDICO.