

ESCUELAS PUBLICAS DE BRENTWOOD
ADMINISTRACION DE MEDICINAS EN LA ESCUELA

H.S. 033S

AUTORIZACION DE LOS PADRES Y DEL MEDICO QUE PRESCRIBE LA MEDICINA

Autorizacion para Administracion de Medicinas

A Debe ser completado por los padres/guardianes:

Solicito que mi nino/nina _____ grado _____

Reciba esta medicina segun la misma ha sido prescrita por el medico. Yo enviare dicha Medicina a la escuela en su envase original debidamente identificada por la farmacia. Tengo Entendido que la enfermera escolar o cualquier otra persona authorizada por la escuela en caso de ausencia de la enfermera, tendra la responsabilidad de administrar esta medicina.

Firma(Padres or Guardianes): _____

Direccion: _____

Telefono(casa): _____ Trabajo: _____ Fecha: _____

B. La siguiente forma debe ser completada por el medico que prescribe la medicina:

Solicito que mi paciente, cuyo nombre aparece a continuacion, reciba la siguiente medicina:

Nombre del estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____

Diagnostico: _____

Nombre de la Medicina: _____

Dosis prescrita y medio de administracion: _____

Hora a la cual debe administrarse en la escuela: _____

Frecuencia Y duracion del tratamiento: _____

Posibles reacciones adversas o efectos (si alguno): _____

Otras recomendaciones: _____

Sello del medico que prescribe y titulo: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Direccion: _____ Telefono: _____

BRENTWOOD PUBLIC SCHOOLS
ADMINISTRATION OF MEDICATION IN SCHOOL

H.S. 033

PARENT AND PRESCRIBER'S AUTHORIZATION

Authorization for Administration of Medication

A. To be completed by the parent or guardian:

I request that my child _____ grade _____
receive the medication as prescribed below by our licensed health care prescriber. The medication
is to be furnished by me in the properly labeled original container from the pharmacy. I understand
that the school nurse, or other designated person in the case of absence of the school nurse, will
administer the medication.

Signature (Parent or Guardian): _____
Address: _____
Telephone: Home _____ Work _____ Date _____

B. To be completed by the licensed health care prescriber:

I request that my patient, as listed below, receive the following medication:

Name of Student: _____ Date of Birth _____

Diagnosis: _____

Name of Medication: _____

Prescribe Dosage and Route of Administration: _____

Time to be taken during school hours: _____

Frequency and duration of treatment: _____

Possible Side Effects and Adverse Reactions (if any) _____

Other Recommendations: _____

Stamp of Licensed Prescriber and Title: _____

Prescriber's Signature: _____ Date: _____

Address: _____ Phone: _____