

AUTORIZACIÓN PARA MEDICINA

La sección siguiente debe estar completado por el **PADRE**:

Escuela _____
Nombre de Niño _____ Nacimiento _____ Género _____
Nombre de Doctor _____ Teléfono _____
Dirección del Doctor _____
Solicito que mi hijo sea asistido a tomar la medicina(s) descritas abajo en la escuela por las personas autorizadas como autorizado por nuestro doctor y para mí (ver más abajo). Yo entiendo que tengo que transportar medicinas hacía y desde la escuela.
Firma de Padre/Custodio _____ Fecha _____
Teléfono de Casa _____ Teléfono de Emergencia _____

La siguiente sección debe ser completada por el **DOCTOR** o **PRACTICANTE**:

(Nota: El personal escolar no debe administrar cualquiera medicina que se podría tomar en su casa.):

Diagnóstico para el cual se le da la medicina _____
Nombre de Medicina(s) _____
Forma _____ Dosis _____
Si es médicamente necesario administrar en la escuela, ¿a qué hora? _____
Si la medicina(s) se debe dar "cuando sea necesario", describe indicaciones _____

¿Cómo tan pronto puede repetirse? _____
Enumerar los efectos secundarios significativos _____
Duración del tiempo recomendada _____
¿Es una medicina de rescate? _____
¿Está el/la estudiante autorizado(a) llevar y administrar la medicina? _____

OTRA INFORMACIÓN

Firma del Doctor/Practicante _____ Fecha _____