



## SERVICIOS DE SALUD DE KISD

### Solicitud de los Padres para la Administración de Medicamento sin Receta por el

#### Personal de la Escuela

Fecha de Solicitud: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Grado/Maestra/o: \_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre de Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Medicamento: \_\_\_\_\_ Fecha de Caducidad \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

Número de Fax de la Escuela: \_\_\_\_\_ Número Telefónico de la Enfermera: \_\_\_\_\_

**\*\*\*El Medicamento DEBE estar en su Envase Original\*\*\***

Método de Administración: ( ) oral ( ) inhalar ( ) tópico ( ) ojo(s) ( ) oído(s) ( ) nasal ( ) tubo gástrico

Hora de Administración: \_\_\_\_\_ Fechas de Administración: \_\_\_\_\_

Condición por la cual se administra el medicamento requerido: \_\_\_\_\_

¿Ha tomado su hijo/a este medicamento antes? ( ) SI ( ) NO

**Alergias a Medicamento:** ( ) No Alergias a Medicamento **CONOCIDAS** ( ) **Alérgico/a a:** \_\_\_\_\_

Instrucciones Especiales/Precauciones/Efectos Secundarios del Medicamento en su hijo/a:

**Nombre del Medico:** \_\_\_\_\_

**Se requiere la firma del Medico si se necesita administrar el medicamento sin receta por más de 10 días consecutivos o por 10 dosis consecutivas:**

**Firma del Medico:** \_\_\_\_\_

Número Telefónico del Medico: \_\_\_\_\_ Numero de Fax del Medico: \_\_\_\_\_

**Mi firma a continuación indica que yo solicito que el personal de KISD administre el medicamento indicado anteriormente a mi hijo/a, y estoy dando permiso para que el personal de KISD se comuniquen con el médico para obtener información adicional, si es necesario. Libero a la escuela de cualquier responsabilidad debido a una reacción alérgica al medicamento.**

Firma del Padre/Tutor legal: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Numero de Teléfono Durante el día: \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ Numero de Celular: \_\_\_\_\_