



SERVICIOS DE SALUD DE KISD
Solicitud de los Padres para la Administración de Medicamentos Recetados por
MENOS de 10 días Consecutivos

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

Fecha de Solicitud: _____ Escuela: _____ Grado/Maestra/o: ____/_____

Nombre de Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Número Telefónico de la Enfermera de la Escuela: _____ Numero de Fax _____

Medicamento Recetado: _____ Fecha de Caducidad _____

Los Medicamentos Recetados deben estar en su envase original etiquetado con:

• Nombre de Estudiante _____

• Nombre del Medicamento _____

• Hora a la que se debe administrar el Medicamento _____

• Dosis _____

• Fecha en que se debe suspender el Medicamento _____

• Nombre del Proveedor de Atención Medica con Licencia _____

• Nombre y Teléfono de la Farmacia _____

Al firmar este documento, doy permiso para que el Medico de mi hijo/a comparta información sobre la administración de este medicamento con el personal de enfermería de KISD o el personal escolar delegado para administrar el medicamento.

Nombre del Medico: _____ Número Telefónico/Fax: _____

Nombre del Padre/Tutor _____ Teléfono Celular _____

Teléfono del Trabajo: _____ ext. _____

Firma del Padre/Tutor legal _____ Fecha: _____