

El Distrito de la Comunidad de Waunakee
La FORMA del CONSENTIMIENTO de la MEDICINA de la PRESCRIPCIÓN

(Cada medicina requiere una forma separada)

PARA SER COMPLETADO POR EL PRÁCTICO LICENCIADO:

Nombre del estudiante	Escuela	Grado
Diagnóstico	Medicina	
la Dosis de la Medicina	Los Frecuencia/Tiempos	
Fecha de Comencer	Fecha de Teminar	
los Efectos Posibles (del lado)		

Práctico con licencio (marque uno):

La Medicina de la Prescripción Administrada Por el Personal Autorizado de la Escuela

La persona autorizada de la escuela administrará esta medicina de la prescripción. Como el práctico licenciado, dirigiré la administración y voy a aceptar comunicación del personal autorizado de la escuela..

La Medicina de la Prescripción Va a Ser Auto-Administrada Por El Estudiante

Esta medicina de la prescripción será auto-administrada. He instruido al estudiante en el método apropiado de la administración (almacenamiento de la medicina, la dosis, la fecha (las fechas) y la hora/el tiempo (tiempos) ser administrado, y los efectos posibles del lado). En mi opinión profesional, este estudiante tiene la capacidad de llevar y auto-administra la medicina independientemente. Entiendo que el distrito de la escuela no acepta ninguna responsabilidad para la auto-administración de la medicina de la prescripción, incluyendo, pero no limitado a la administración, a la supervisión, ni a la documentación del mismo.

Firma de Práctico Licenciado	Fecha
Número de teléfono	Fax

PADRE/GUARDIAN – marque uno:

La Medicina de la Prescripción Administrada Por el Personal Autorizado de la Escuela

Doy mi permiso al personal autorizado de la escuela a administrar a mi niño/a la medicina de la prescripción escrito arriba según el licencio las direcciones de facultativo proporcionado en esta forma. Conuerdo en tener el Distrito de la Escuela de la Comunidad de Waunakee y el personal autorizado inocuos en cualquier acontecimiento que surge de la administración de esta medicina. Conuerdo en notificar la escuela en la escritura de cualquiera cambia en el encima de la orden.

La Medicina de la Prescripción Va a Ser Auto-Administrada Por El Estudiante

Esta medicina de la prescripción será auto-administrada. He revisado el método apropiado de la administración (almacenamiento de la medicina, la dosis, la fecha (las fechas) y el tiempo (tiempos) ser tomado, y los efectos posibles del lado) con mi niño. Solicito que mi niño es capaz de llevar y ser-administra esta medicina independientemente. Entiendo que el distrito de la escuela no acepta ninguna responsabilidad para el ser- la administración de la medicina de la prescripción, incluyendo, pero no limitado a, a la administración, a la supervisión, ni a la documentación del mismo.

Firma de Padre/Guardian	Fecha
Numero de teléfono de casa	Numero de teléfono de trabaja

El padre/guardián y el práctico licenciado son requeridos a firmar por las medicinas de la prescripción.

El personal autorizado de la escuela debe documentar la medicina que ellos administran en el lado inverso de esta forma.

El Distrito de la Comunidad de Waunakee

REGISTRO de MEDICINA

Nombre del estudiante _____

Práctico Licenciado _____

Medicina _____

Dosis _____

La Hora (necesita tomar la medicina) _____

Fecha de Orden _____

Fecha	Que hora	Firma	Fecha	Que hora	Firma	Fecha	Que hora	Firma	Fecha	Que hora	Firma