

El Distrito de la Comunidad de Waunakee  
Para la medicina sin receta  
(Cada medicación requiere una forma separada)

PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE/GUARDIAN:

Nombre del estudiante	Escuela	Grado
Diagnóstico	Medicina	
la Dosis de la Medicina	Las Frecuencia/Horas	
Fecha de Comencer	Fecha de Terminar	
los Efectos Posibles (del lado)		

Padre/Guardian marque uno por favor:

La Medicina Sin Receta Administrada Por el Personal Autorizado de la Escuela

Doy mi permiso al personal autorizado de la escuela a administrar esta medicina sin receta que esta mencionada arriba según direcciones proporcionadas a mi niño/a. Estoy de acuerdo que el distrito de la comunidad de Waunakee y el personal autorizado no acepta ninguna responsabilidad en cualquier acontecimiento que pasa de la administración de esta medicina. Concuero en notificar a la escuela por escrito de cualquier cambia en este orden.

La Medicina Sin Receta Auto-Administrada Por El Estudiante

Esta medicina sin receta será auto-administrada. He revisado 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). Solicito que mi niño tiene la capacidad de llevar y auto-administra esta medicina independientemente. Entiendo que el distrito de la escuela no acepta ninguna responsabilidad para la auto-administración de la medicina sin receta, incluyendo, pero no limitado a la administración, a la supervisión, ni a la documentación del mismo.

Firma de Padre/Guardian	Fecha
Número de teléfono	Número del trabajo

La firma del padre/guardián se requiere para la administración sin receta de la medicina.

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