

**EL DISTRITO ESCOLAR DE MONONA GROVE
PEDIDO DE ADMINISTRAR
LA MEDICINA CON RECETA**

| | | |
|---|---|--|
| Monona Grove High School 4400 Monona Dr, Monona, WI 53716 608-221-7666 fax: 608-221-7690 | Glacial Drumlin School (gr. 6-8) 801 Damascus Tr. Cottage Grove, WI. 53527 608-839-8437 Fax: 608-839-8984 | Cottage Grove School (1-2) 470 N. Main St, Cottage Grove, WI 53527 608-839-4576 fax: 608-839-4439 |
| Winnequah School (EC, 4K-5) 800 Greenway Rd. Monona, WI. 53716 608-221-7677 fax: 608-223-6514 | Granite Ridge School (gr. 3-5) 4500 Buss Rd. Cottage Grove, WI. 53527 608-839-8980 Fax: 608-839-9345 | Taylor Prairie School (EC, 4K-K) 900 N Parkview St, Cottage Grove, WI 53527 608-839-8515 fax: 608-839-8323 |

DECLARACIÓN DEL MÉDICO (recomendamos que todas las instrucciones se indiquen en el idioma de la persona común)

Solicito que _____ reciba el medicamento que se indica a continuación para el
(nombre del niño)

período de _____ a _____, del año escolar _____.
(fecha) (fecha)

El padre debe proporcionar el medicamento en el envase original de la farmacia, que debe incluir el nombre del niño, el nombre del médico, el nombre del medicamento, la dosis, las horas del día en que se administra y el nombre y número de la farmacia.

Nombre del medicamento _____

Dosis _____

Hora del día en que se administrará _____

(El medicamento para el mediodía se administra ANTES del almuerzo a menos que se especifique lo contrario)

Como médico del niño, acepto la comunicación directa de la persona que dispensa o administra el medicamento.

Las siguientes son condiciones específicas bajo las cuales se me debe contactar con respecto a la condición o reacción del niño que recibe el medicamento.

Firma del médico: _____ Fecha _____

Teléfono _____ Fax _____

AFIRMACIÓN DEL PADRE

Pido que mi hijo _____ reciba esta medicina según las instrucciones del médico notadas arriba. Permito que el personal de la escuela se ponga en contacto con el médico de mi hijo. Afirmo que voy a presentar una forma nueva para medicina si hay algún cambio en las instrucciones arriba.

Más, afirmo que MGSD, y su personal no tengan la culpa legal por lo que pueda pasar por el administrar esta medicina.

Firma del padre / guardián _____

Fecha _____ Teléfono durante el día _____