

**El Consentimiento de la Administración de la medicina & Orden Prescrita de Médico**

**El Nombre del estudiante:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento** \_\_\_\_\_

**El maestro/grado:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ **De acuerdo con política escolar, las medicinas deben ser dadas en casa antes de y/o después de la escuela. Sin embargo, cuando esto no es posible, antes de recibir la medicina al colegio, cada estudiante debe proporcionar a la enfermera escolar con una forma de Consentimiento de Autorización de Medicina firmada por el padre/guardián del estudiante y una Medicina Ordena de un proscribir licenciado. Todas las medicinas deben estar en una botella/contenedor original de una farmacia.**

**El Consentimiento de la cría/guardián: Doy mi permiso para mi niño, \_\_\_\_\_, a recibir la medicina siguiente ordenada por un proscribir licenciado durante el día lectivo. Comprendo que las medicinas serán dadas por el personal escolar de la salud según mi niño' licenció las direcciones de proscribir y que algunos o toda esta información pueden ser compartidos con el personal escolar individual en una necesidad de saber base, como determinado por la Enfermera Certificado de la Escuela. La Enfermera utilizará esta información para desarrollar un Plan de Cuidado de Emergencia para proporcionar cuidado óptimo para su niño. Si el médico de mi niño y yo dan permiso para la él/ella a llevar y ser-administra su propio Inhalante de la Asma y/o la Epi-Pluma inyector y él/ella Automáticos han demostrado competencia a la Enfermera Escolar yo también alivio la entidad escolar o a ningún empleado escolar de responsabilidad para los beneficios o consecuencias de la medicina prescrita y reconozco que la entidad escolar no soporta responsabilidad para asegurar que la medicina es tomada.**

**La firma de la cría/guardián: La Fecha** \_\_\_\_\_ **:** \_\_\_\_\_

**El nombre del padre/guardián imprimió: El Teléfono** \_\_\_\_\_ **:** \_\_\_\_\_

.....

**EL MEDICO DEBE COMPLETAR ESTA PORCION**

**El nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Date de orden:** \_\_\_\_\_

**El diagnóstico:** \_\_\_\_\_

**El nombre de medicina:** \_\_\_\_\_ **: Las Direcciones** \_\_\_\_\_

**La Información adicional: (Es decir Alergias o efectos secundario-posibles, si aplicable):** \_\_\_\_\_

**Las Alergias conocidas:** \_\_\_\_\_

**¿Es estudiante capaz de Auto Administración (sólo Asma, la Epi-Pluma) Si \_\_\_? ¿No \_\_\_?**

**La firma licenciada de Proscribir:** \_\_\_\_\_ **El Teléfono:** \_\_\_\_\_

**El nombre licenciado de Proscribir imprimió:** \_\_\_\_\_ **Fax:** \_\_\_\_\_

**¿La medicina Recibió? \_\_\_ Por: \_\_\_\_\_ El Impto. \_\_\_\_\_ : Fecha** \_\_\_\_\_

**\*Medication Order for Physician**