

Escuelas Públicas del Condado de Albemarle

Solicitud de los Padres para que Administren Medicina en la Escuela

<u>Escuela</u>	<u>Teléfono</u>	<u>Fax</u>	<u>Escuela</u>	<u>Teléfono</u>	<u>Fax</u>
	(código de área 434)			(código de área 434)	
Agnor-Hurt	973-5211	974-7046	Stony Point	973-6405	973-9751
Baker-Butler	974-7777	964-4684	Woodbrook	973-6600	973-0317
Broadus Wood	973-3865	973-3833	Burley	295-5101	984-4975
Brownsville	823-4658	823-5120	Henley	823-4393	823-2711
Crozet	823-4800	823-6470	Journey	975-9320	975-9325
Greer	973-8371	973-0629	Lakeside	975-0599	975-0852
Hollymead	973-8301	978-3687	Walton	977-5615	296-6648
Meriwether Lewis	293-9304	979-3850	Albemarle	975-9300	974-4335
Mountain View	293-7455	293-2067	Monticello	244-3100	244-3104
Murray	977-4599	979-5416	Western Albemarle	823-8700	823-8711
Red Hill	293-5332	293-7300	Community Lab School	296-3090	979-6479
Scottsville	286-2441	286-2442	Center for Learning & Growth	974-8070	979-6479
Stone-Robinson	296-3754	296-7645	Center I	244-8900	872-4570

Solicitud de los Padres para que Administren Medicina en la Escuela

Por favor envíe este formulario a la escuela cuando sea necesario. Todas las áreas de este formulario deben completarse para que el personal de la escuela administre el medicamento. **Por favor escriba en letra de imprenta.**

Por favor permita que la enfermera de la escuela, o un miembro del personal de la escuela le administre a: _____
(fecha de nacimiento: _____) la siguiente medicina: (marque uno) _____ (nombre del estudiante)

_____ Ciertos medicamentos recetados que se especifican a continuación, o

_____ Medicamentos sin receta que se especifican a continuación.

Entiendo que la persona en la escuela que administrará este medicamento o tratamiento puede ser inexperta y no estar capacitada en este servicio solicitado y declaro, sin reservas, que no lo haré responsable de ninguna manera a él /ella ni a la Junta Escolar del Condado de Albemarle por daños o lesión que pueda sufrir mi hijo(a) como resultado de este servicio. **Entiendo que debo proporcionar todos los medicamentos administrados a mi hijo(a) en su envase original.** Comprendo que la información médica asociada con el uso de este medicamento puede ser divulgada al personal de la escuela que tenga autoridad para supervisar a mi hijo(a). Para medicamentos con receta médica, mi firma a continuación se considerará un consentimiento para que la enfermera de la escuela se comunique con el médico nombrado a continuación para que lo firme o para discutir el medicamento.

Fecha de la orden: _____ Nombre del medicamento: _____

Dosis exacta a administrar: _____ Hora del día que debe administrarse: _____

Motivo para el medicamento: _____

Duración del medicamento: _____

Instrucciones especiales: _____

Firma del Médico / Fecha
(para medicinas con receta médica)

Nombre del Padre/Madre o Apoderado

Número de Teléfono de la Casa

Número de Teléfono del Médico
(para medicinas con receta médica)

Firma del Padre/Madre o Apoderado / Fecha
(para todos los medicamentos)

Número de Teléfono Diurno