



Autorización Médica / Medical Authorization

Nombre del estudiante: _____

Grado: _____ Fecha de nacimiento: _____

Alergias: _____

Permiso Familiar

___ Solicito que las personas autorizadas en la escuela de mi hijo ayuden a mi hijo a tomar los medicamentos recetados o de venta libre que se describen a continuación en el momento indicado y según lo designe su médico autorizado.

___ Solicito que se le permita a mi hijo llevar y auto-administrarse medicamentos. Mantendré indemne e indemnizaré al Colegio Internacional Cien Aguas, sus agentes, empleados y miembros de la junta contra todos los reclamos, juicios o responsabilidades que surjan de la autoadministración y el transporte de medicamentos por parte de mi hijo.

Yo, o un adulto responsable, seremos responsables de traer los medicamentos recetados o de venta libre a la escuela en un recipiente etiquetado del farmacéutico o del fabricante. También entiendo que soy responsable de mantener suficiente medicamento en la escuela. El incumplimiento de esto resultará en una interrupción de la orden del prescriptor autorizado o la interrupción de la administración del medicamento por parte de la escuela para mi hijo. Entiendo que, si mi hijo se niega a tomar los medicamentos, no se administrarán y se notificará a los padres.

El personal de la escuela tiene permiso para comunicarse con el prescriptor autorizado con respecto al uso, los efectos secundarios, la respuesta y las contraindicaciones de los medicamentos.

___ Confirmando que mi hijo ha tomado este medicamento anteriormente.

___ Mi hijo no ha tomado este medicamento anteriormente, pero es un medicamento de emergencia.

Firma del padre/tutor legal

Relación

Fecha: (Mes/Día/Año)

Nombre del padre

Número de teléfono



Medical Authorization Form

Student Name: _____

Grade: _____ Date of Birth: _____

Allergies: _____

Parent Permission

___ I request that authorized staff at my child's school assist my child in taking the prescription or over-the-counter medications described below at the appropriate time and as designated by his or her licensed physician.

___ I request that my child be allowed to carry and self-administer medication. I will hold harmless and indemnify Cien Aguas International School, its agents, employees, and board members against all claims, lawsuits, or liabilities arising from the self-administration and transportation of medication by my child.

I, or a responsible adult, will be responsible for bringing prescription or over-the-counter medication to school in a container labeled by the pharmacist or manufacturer. I also understand that I am responsible for keeping sufficient medication at school. Failure to do so will result in a discontinuation of the authorized prescriber's order or discontinuation of the school's administration of the medication to my child. I understand that if my child refuses to take medication, it will not be administered and parents will be notified.

School personnel have permission to communicate with the authorized prescriber regarding medication use, side effects, response, and contraindications.

___ I confirm that my child has taken this medication before.

___ My child has not taken this medication before, but it is an emergency medication.

Signature of Adult Responsible

Relationship

Date: (MM/DD/YYYY)

Adult Responsible's Name

Phone Number