

Distrito Escolar de St. Joseph
Formulario de autorización de medicación

Nombre del estudiante

Student's Name _____ / _____ / _____
Apellido/nombre-Name/Last name Fecha de Nacimiento/DOB Escuela/School

Physician's Name/Nombre del Doctor Address Phone

Medication/Medicamento _____ Dosage _____ Form _____

Reason for medication _____

Schedule & dose to be given at school _____

If "as needed," describe indications _____

How soon can it be repeated/maximum dosage _____

Is child authorized to carry and/or administer medication? _____

Length of time treatment recommended _____

Other pertinent information/side effects _____

Date _____ Physician Signature _____

Lo siguiente debe ser completado por el padre / tutor

Doy permiso para que _____ reciba el medicamento mencionado con anterioridad en la escuela según lo ordenado.

También doy permiso a los empleados del distrito para contactar al médico del estudiante directamente para proporcionar información sobre la condición del estudiante o aclarar las instrucciones de administración de medicamentos. Entiendo que tengo la responsabilidad final de proporcionar a la escuela un suministro adecuado de medicamentos y de informar al distrito escolar de inmediato si alguna información proporcionada en este formulario cambia o si la administración de medicamentos debe cesar.

Fecha _____ Firma del Padre/Tutor Legal _____

Teléfono _____ Del trabajo _____ Celular _____

Edited 2/18/2020