

**COVINGTON INDEPENDENT PUBLIC SCHOOLS
FORMA DE ADMINISTRACIÓN MEDICA**

El medicamento debe ser administrado por el padre/madre/tutor antes o después de la escuela cuando sea posible. Los medicamentos que se da en la escuela deben ir acompañado de este formulario, firmado por el médico y los padres.

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Medicamento: _____ Forma de Medicamento: _____

Dosis Recetada: _____ Hora de Tomar Medicina: _____

Razon de Tomar Medicina: _____ Fecha Comienza: _____ Fecha Termina: _____

Possible reacciones o efectos secundarios: _____

Para Auto-administración: SOLO ser completado para asmático, alergia diabética o severa.

Esto estudiantes ha sido entrenado en la auto-administración de este medicamento: SI NO

El estudiante puede cargar el medicamento: SI NO Requiere supervisión: SI NO

Firma del Doctor

Name del Doctor (por favor letra de imprenta)

Fecha

Dirección

Número de Teléfono

Permiso de los Padres

Doy mi consentimiento para que _____ reciba la mencionada medicina en la escuela de acuerdo a la normas de la políza escolar y renuncio expresamente a cualquier responsabilidad en nombre de la escuela como resultado de la administración del medicamento. Entiendo que tengo la responsabilidad última para proveer a las escuelas con un suministro adecuado de medicamentos para activar las órdenes del médico a seguir. Estoy de acuerdo además de entregar el medicamento a la escuela y a notificar a la escuela si el medicamento o la dosis es cambiado o eliminado. Yo apruebo cualquier cambio en la dosis dada directamente a la escuela por el mencionado médico.

Entiendo que los oficiales de la escuela pueden necesitar contactarse con el médico nombrado arriba, si necesitan información adicional. Por la presente autorizo toda información necesaria del médico nombrado acerca de este medicamento.

En caso de ir a un paseo de la escuela, si hubiera necesidad de hacer leves ajustes al tiempo de la administración de la medicamento.

El medicamento se debe dar en la escuela a la hora siguiente(s): _____

Firma Padre/Guardián

Número de Teléfono – casa y trabajo o celular

Contact de Emergencia

Fecha

Ningún medicamento incluyendo aspirina, Tylenol o jarabe para la tos será dada sin la orden de un médico.

Cualquier cambio en la dosis o tiempo dado requiere una nueva orden médica.

Los medicamentos deben ser transportados hacia y desde la escuela por el padre/madre/tutor.

Los medicamentos deben estar en el original envase del medicamento de la farmacia.