

Programa de Salud de la Escuela del Condado de Madison

Formulario de Autorización para Medicamentos bajo Prescripción y Sin Prescripción Medica

(Sólo válido para el año escolar en curso)

TO BE COMPLETED BY SCHOOL PERSONNEL (PARA SER COMPLETADO POR EL PERSONAL DE LA ESCUELA)

School: _____ Date form received: _____

I/we acknowledge receipt of this Physician's Statement and Parent Authorization. _____

Nombre del Estudiante: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Grado: _____ Salon: _____

PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE/GUARDIAN

Nombre del medicamento: _____

Motivo para el medicamento: _____

Tipo de medicamento/tratamiento: _____

• Tabletas/cápsulas • Líquido • Inhalador • Inyección • Atomizador • Otro _____

Indicaciones (El horario y la doce que ha de ser dada en la escuela): _____

Empezar: • Fecha el formulario es recibido • Otro, como especificado: _____

Pare: • Fin de año escolar • Otro fecha/duracion: _____

• En casos de emergencia solamente

Restricciones o reacciones que pueda causar el medicamento • No

• Si. Por favor escribalas: _____

Almacenamiento especial: • Ninguno • Refrigérenlo

Otras Indicaciones: _____

Firma del Padre o Guardian: Sólo válido para el año escolar en curso. _____ Fecha: _____

Nombre del Proveedor Medico _____

Direccion: _____ Telefono: _____ FAX: _____

Yo autorizo que (nombre del niño) _____ reciba el medicamento mencionado anteriormente en la escuela de acuerdo con los reglamentos de la escuela. Yo libro a la directiva de la Escuela del condado de Madison y a sus empleados de cualquier demanda o responsabilidad en conexión con este formulario.

(Padre/guardián traiga el medicamento en el envase original.)

Fecha: _____ Firma: _____ Relación: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Celular: _____

◆◆◆Para administracion propia y EMERGENCIA ◆◆◆Para administracion propia y EMERGENCIA ◆◆◆

ESTA INFORMACION DEBE SER COMPLETADA POR EL DOCTOR O PROVEEDOR MEDICO DE SU NIÑO. EXPLICACION EN LA PARTE DE ATRAS

EMERGENCY MEDICATION AUTHORIZATION

This student is capable, responsible, and demonstrated self-administration of the above medication: to be completed for asthmatic, diabetic or severe allergy ONLY

• Yes - Unsupervised • Yes-Supervised • No

This student may carry this medication: • Yes • No

The school nurse will delegate and train designated school personnel to give the above stated emergency medication.

Please indicate if you have provided additional information:

• On the back side of this form • As an attachment

Signature: _____ Date _____

Physician or Authorized Provider: only valid for the current school year