

AUTORIZACIÓN PARA MEDICAMENTOS O TRATAMIENTOS RECETADOS

Al Padre:

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN ES NECESARIA PARA QUE CUALQUIER ESTUDIANTE UTILICE MEDICAMENTOS O PARA RECIBIR TRATAMIENTO EN LA ESCUELA. TODOS LOS ESPACIOS DEBEN SER COMPLETADOS.

\_\_\_\_\_  
Nombre del estudiante

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Escuela

\_\_\_\_\_  
Grado

A. Estoy solicitando permiso para que mi hijo mencionado arriba: (Marque todo lo que corresponda)

\_\_\_\_\_ usa o recibe medicamentos recetados

\_\_\_\_\_ recibe tratamiento prescrito

\_\_\_\_\_ administrarse los medicamentos recetados en mi presencia o en la de un autorizado miembro del equipo

de acuerdo con la prescripción del Doctor.

B. Asumiré la responsabilidad de la entrega segura del medicamento a la escuela.

C. Notificaré a la escuela inmediatamente si hay algún cambio en el uso del medicamento o el tratamiento prescrito.

D. Libero y acepto eximir de responsabilidad a la Junta de Educación, sus funcionarios y empleados de cualquier y toda responsabilidad por daños o perjuicios que resulten directa o indirectamente de esta autorización.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Teléfono de casa

\_\_\_\_\_  
Teléfono de trabajo

Medicamento: \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_

Medicamento: \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_

DECLARACIÓN DEL MÉDICO

Al Médico:

La Corporación requiere que se proporcione toda la siguiente información antes de administrar medicamento o tratamiento al estudiante nombrado en el reverso.

He recetado el siguiente medicamento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha de inicio \_\_\_\_\_

Fecha de finalización \_\_\_\_\_

Dosis, instrucciones o precauciones (incluidos los posibles efectos secundarios)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

He prescrito el siguiente tratamiento

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha de inicio \_\_\_\_\_

Fecha de finalización \_\_\_\_\_

Firma del médico \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre impreso/escrito a máquina \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA PERSONAL**

Los siguientes miembros del personal están autorizados para administrar el medicamento(s)/tratamiento(s):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Director