

AUTORIZACIÓN PARA MEDICAMENTOS O TRATAMIENTOS SIN RECETA  
(VERSIÓN SECUNDARIA)

Al Padre:

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

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

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Escuela

\_\_\_\_\_  
Grado

A. Estoy solicitando permiso para que mi hijo nombrado arriba: (Marque uno o ambos)

usa o recibe los siguientes medicamentos de venta libre

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

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

Marque la opción 1 o 2 a continuación.

autoadministrarse dichos medicamentos en presencia de un miembro del personal autorizado.

mantener los medicamentos en su posesión y administrarse los medicamentos según sea necesario. \*solo con permiso de la administración de la escuela y el médico

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. Nuestro médico ha indicado que este medicamento debe administrarse en la forma anterior dosis designada.

E. 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

**AUTORIZACIÓN PARA PERSONAL**

Los siguientes miembros del personal están autorizados a administrar los medicamentos no prescritos anteriormente.

medicamento(s)/tratamiento(s):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Director

Fecha \_\_\_\_\_

