

AUTORIZACIÓN DE ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

DISTRITO ESCOLAR DE GREAT VALLEY

***Este documento tiene que estar completado y mandado a la enfermera de la escuela si su hijo/a necesita tomar medicamentos durante el día escolar. Esto incluye **todos** los medicamentos recetados por el doctor y los de venta libre (ejemplos de medicamentos de venta libre son remedios para catarro/alergias, vitaminas, o suplementos herbales.) ***

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____

Fecha de nacimiento: _____ Alergias: _____

Lista de medicamentos que toma el niño actualmente: _____

PERMISO PATERNO

Yo, el padre/tutor de _____ pido que las enfermeras del distrito escolar de Great Valley administren el medicamento nombrado abajo. Comprendo que necesito administrar la primera dosis de este medicamento en casa, y que todos los medicamentos tienen que estar en su envase original de la farmacia junto con autorización firmada por el médico para administrar el medicamento en la escuela. Mi firma en este documento constituye una renuncia completa de demanda de responsabilidad de cualquier y todos los aspectos contra el distrito escolar del valle grande y su Junta Directiva y todos sus empleados a menos que el distrito actúa intencionalmente o deliberadamente en causar daño a los estudiantes nombrados arriba con respecto a la administración de medicamentos.

Entiendo que todos los medicamentos, menos indicado por escrito por el médico, tienen que estar guardado en la oficina de la enfermera y que mi hijo/a no puede llevar ningún medicamento en su persona durante el día escolar, ni puede estar mantenido en su mochila.

Además, acepto proporcionar el medicamento a la escuela en el envase original etiquetado de la farmacia o médico. Si no soy capaz de entregarlo, colocaré el recipiente que contiene el medicamento con este formulario de autorización completado en un sobre cerrado para el transporte a la escuela. **También acepto la responsabilidad de proporcionar una nota del médico y mi consentimiento por escrito si el medicamento debe ser modificado o descontinuado.** Doy permiso para que la escuela y el médico de nuestro niño se comunican en relación con este medicamento / condición médica.

Firma del padre/tutor

Números de teléfono

Fecha

****Se tiene que firmar una nueva autorización cada año escolar (Padre & Medico).****

PHYSICIAN AUTHORIZATION FOR MEDICATION – To be completed by physician

Medications will not be given without physician's signature

Name of medication: _____ Route of administration: _____

Dose: _____

Time to administer: _____ Discontinuation date: _____

***Asthma inhaler: The student is qualified and able to self-administer the inhaler and may carry the inhaler during the school day per District Policy

YES NO NOT APPLICABLE

Treatment of: _____

Side effects: _____

Physician Signature

Printed Name of Physician

Date

Physician Phone Number