



Escuelas publicas De Philomath

Benton County School District 17J, 1620 Applegate Street, Philomath OR 97370 (541) 929-3169

Autorización para la administración de medicamentos por personal de la escuela

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento _____

Grado: _____ Maestro/a: _____

Para ser completado por Padre o médico:

Medicación: _____
No prescripción _____ Prescripción (cuanto #: _____)

Dosis (cuánto): _____

Frecuencia (cada cuando): _____

Método (marque la que corresponda): Boca Oídos Ojos Nariz Piel

¿Por cuánto tiempo tiene que ser tiene que administrar?: _____

Duración: Fecha de comienzo: _____ Fecha de finalización: _____

Razón para usar el medicamento: _____

Instrucciones Especiales: _____

El medicamento debe estar en su envase original

Firma del Doctor (si es indicada) _____

Le doy permiso al personal de la escuela para administrar medicamentos a mi hijo de acuerdo con lo siguiente :

____ Permite que mi hijo se auto administre este medicamento (complete el formulario de permiso y acuerdo de autoadministración para entregar junto con este formulario)

____ Por favor, envíe este medicamento en viajes de campo que se superponen los tiempos de dosificación

Entiendo que soy responsable de proporcionar este medicamento y de mantener el suministro según sea necesario. Entiendo que soy responsable de notificar a la escuela por escrito de cualquier cambio. Los padres deben recoger todos los medicamentos no utilizados antes del último día de escuela. Todos los medicamentos que queden en la escuela serán desechados.

Padre y/o tutor _____

Fecha _____

Esta autorización se aplica solo al medicamento mencionado anteriormente y durante la duración del tratamiento o año escolar. Esto también autoriza un intercambio de información, según sea necesario, entre la enfermera escolar, el personal escolar apropiado y / o el proveedor de salud de mi hijo.

