

AUTORIZACIÓN PATERNA PARA ADMINISTRAR MEDICINAS NO RECETADAS  
O  
MEDICINAS RECETADAS POR UN CORTO TIEMPO (que se deben de tomar menos de 14 días)

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ # de ID \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Año escolar \_\_\_\_\_

Nombre de la medicina \_\_\_\_\_ Dosis y como \_\_\_\_\_

Hora en que se debe de administra: \_\_\_\_\_

Instrucciones especiales/razón por la que se toma la medicina: \_\_\_\_\_

¿Se llevará el estudiante esta medicina y se la tomará en su salón?       Sí       No

**No se les permite a los estudiantes llevar consigo sustancias controladas (por ejemplo Tylenol #3) y se les requerirá que vayan a la Oficina de Salud a tomar cualquier medicina clasificada como sustancia controlada.**

**Si se selecciona SÍ: Nosotros entendemos que nuestro niño será responsable por llevar consigo y por tomar su propia medicina y que nuestro niño está únicamente autorizado para llevar consigo un día de suministro de medicina en su frasco con la ETIQUETA ORIGINAL que indica el nombre de la medicina y la dosis de ésta, o las recomendaciones para la dosis.**

**Un estudiante que requiere medicinas que no son de receta más de 3 veces al mes, o más de 3 días consecutivos debe de ser considerado para que reciba una evaluación médica.**

Firma del padre o guardián \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Números de teléfono: \_\_\_\_\_

Firma de la enfermera escolar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha: _____ medicina traída para guardarse en la OFICINA DE Salud.	
<b>Fecha de caducidad</b> _____	
Cantidad de medicina _____ (Dos adultos cuentan la medicina y la anotan)	
_____	_____
Firma de la persona que la cuenta	Firma de la persona que la cuenta

<b>Instrucciones para el fin de año escolar:</b>	
<input type="checkbox"/> Yo recogerá cualquier medicina que no se haya tomado el último día de escuela (la medicina se destruirá si usted no la recoge para el final del día.	
<input type="checkbox"/> Por favor destruya cualquier medicina que no se haya usado para el último día de escuela	
Fecha: _____ Medicina <input type="checkbox"/> recogida <input type="checkbox"/> destruida al final del año escolar	
_____	_____
Firma de la persona que regresa o destruye la medicina	Firma de la persona que recoge o destruye la medicina