

Autorización para Administración de Medicinas por el Personal Escolar

Estudiante: _____ Fecha de Nac.: _____

Nombre de la Escuela: _____

Doy mi permiso al personal escolar, de administrar medicinas a mi estudiante durante el año escolar:

_____ y bajo las siguientes instrucciones:

* Asegúrese de que estas instrucciones coincidan con la etiqueta de la receta y / o las instrucciones del fabricante.

Medicina: _____

Dosis (¿cantidad?): _____ mg / ml

Frecuencia (¿cuántas veces?): _____

Vía (circule uno): Boca Oído Ojos Nariz Piel Otro: _____

Hora(s): _____ Fecha Inicio: _____ Fecha Finalización: _____

Razón del Tratamiento: _____

Instrucciones Especiales: _____

Por favor permita a _____ la auto-administración de su medicina (ver póliza del distrito referente a la auto-medicación).

_____ (Inicial aquí) Entiendo que soy responsable de proporcionar este medicamento y mantener el suministro según sea necesario. Es responsabilidad de los padres / tutores informar a la escuela POR ESCRITO si se realizan cambios en las instrucciones de los medicamentos. Esto incluye instrucciones escritas de los padres / tutores y prescriptores. Se debe proporcionar una nueva etiqueta de farmacia a la escuela, si corresponde. Entiendo que estoy obligado a recoger todos los medicamentos no utilizados hasta el último día de clases. Todos los medicamentos que queden en la escuela serán descartados.

_____ (Inicie aquí) Doy mi permiso para que el Distrito Escolar Público de Springfield obtenga información del médico de mi hijo con respecto a su (s) medicamento (s) para el año escolar actual. _____

(Médico que prescribe medicación o médico de cabecera)

Entiendo que esta información no será compartida con agencias o individuos, otros que los que los que ha sido indicados. Aun más, entiendo que mi consentimiento es voluntario y que puede ser revocado en cualquier momento.

(Firma)

(Fecha)

(Nombre Impreso de Padres/Tutores)

(Relación con el Estudiante)

(Teléfono de Casa)

(Teléfono del Trabajo)

(Teléfono Celular)

