

**Complete este formulario para medicamentos SIN RECETA o CON RECETA**  
**FORMULARIO PARA LOS PADRES**

**CHILD'S NAME** \_\_\_\_\_ **DATE OF BIRTH** \_\_\_\_\_  
Nombre de estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

**NAME OF MEDICATION** \_\_\_\_\_ **DOSE (MG.)** \_\_\_\_\_  
Nombre del medicamento \_\_\_\_\_ Dosis (mg) \_\_\_\_\_

**REASON FOR MEDICATION** \_\_\_\_\_  
Razón por el medicamento \_\_\_\_\_

**DATE START** \_\_\_\_\_ **DATE STOP** \_\_\_\_\_ **EVERY** \_\_\_\_\_ **HOURS** \_\_\_\_\_  
Fecha de inicio \_\_\_\_\_ Fecha de terminación \_\_\_\_\_ Cada \_\_\_\_\_ Horas

**CHILD'S PHYSICIAN** \_\_\_\_\_ **PHONE#** \_\_\_\_\_  
Nombre del doctor del niño \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Le doy permiso al personal escolar designado a dar el medicamento arriba anotado a mi hijo/a según las instrucciones arriba. Estoy de acuerdo en eximir de la responsabilidad al Distrito Escolar de Oregon y a las personas designadas en los eventos de la administración de este medicamento. Estoy de acuerdo en avisar por escrito a la escuela de cualquier cambio en las instrucciones arriba. Además, estoy de acuerdo en reponer el suministro del medicamento como sea necesario.

**FECHA** \_\_\_\_\_ **FIRMA** \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

---

Esta parte debe ser llenado por el medico SOLAMENTE para los medicamentos con receta.  
**PHYSICIAN ORDER FOR MEDICATION**

Child's Name \_\_\_\_\_ School: \_\_\_\_\_

Diagnosis \_\_\_\_\_

Medication(s) \_\_\_\_\_

Dose \_\_\_\_\_

Start Date \_\_\_\_\_ Stop Date: \_\_\_\_\_

Possible Side Effects \_\_\_\_\_

If as needed (prn), state conditions under which medication should be given i.e. epi-pen for bee sting \_\_\_\_\_

Your signature on this documents attest to your willingness and intent to direct, supervise, decide, inspect, and oversee the administration of the medication by non-medically trained designees, and that you will accept direct communications from them regarding the administration of the medication. We are that all instructions be stated in the lay person.

Date \_\_\_\_\_ Physician's Name \_\_\_\_\_  
Phone Number \_\_\_\_\_ Physician's Signature \_\_\_\_\_

**THIS ORDER MAY BE FAXED TO THE STUDENT'S SCHOOL**