



Autorización para Administración de Medicamentos en la Escuela

Padres/encargados que pidan a personal escolar el dar o aplicar medicamentos a su estudiante, debe proporcionar un premiso escrito cada año escolar.

Una prescripción de medicamento requiere de autorización escrita por parte del médico del estudianta/ prescriptor autorizado/ como de los padres/encargado cada año escolar.

Estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Grado /Salón _____

Escuela _____ Año escolar _____ Maestra/o _____

Condición	Medicamento	Dosis	Hora	Modo	Posible Efectos Secundarios
1.					
2.					
3.					

Otras consideraciones/instrucciones: _____

Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: _____

(Toda autorización vence al final del año escolar /continua durante la sesión escuela de verano)

Firma del Doctor/ Prescriptor Autorizado Nombre impreso del Doctor/Prescriptor Autorizado Fecha

Nombre de la Clínica Teléfono Fax

Padres /Guardian Autorizado

Solicito que los medicamentos anteriores se administren durante el horario escolar, incluidas las excursiones, según las indicaciones del padre/tutor y/o el médico/prescriptor autorizado de mi estudiante.

Notificaré a la escuela sobre cualquier cambio en los medicamentos, es decir, cambio de dosis, suspensión del medicamento, etc.

Doy permiso para que la enfermera de la escuela se comunique según sea necesario con el personal de la escuela sobre la condición de salud del estudiante y la acción de los medicamentos.

Doy permiso para que la enfermera de la escuela consulte con el médico/prescriptor autorizado del estudiante sobre cualquier pregunta relacionada con los medicamentos enumerados o las condiciones médicas que se tratan con los medicamentos.

Doy permiso para que el personal de la escuela administre los medicamentos según lo delegado, capacitado y supervisado por la enfermera escolar autorizada.

Nota: Los medicamentos deben suministrarse en el frasco original o recetado.

Firma de padres/encargado Relación con el estudianta. Fecha Teléfono