Brighton School District 27J
18551 E. 160th
Brighton, CO 80601
(303) 655-2900

Permiso para la administración de medicamentos en la escuela

(Permiso efectivo solo para el ciclo escolar actual)
(Una forma por cada medicamento)

El padre o tutor legal de _____ pide que el personal escolar capacitado y asignado
(Nombre del estudiante)

le administre el siguiente medicamento _____ a mi hijo a _____ según las
(Nombre del medicamento y dosis) Hora(s)

instrucciones y la receta incluida y firmada por el médico.

La escuela está de acuerdo en administrar el medicamento recetado por un médico con licencia en el Estado de Colorado. El padre de familia o el tutor legal es responsable por la compra del medicamento.
El padre está de acuerdo en recoger el medicamento caducado o que sobró después de una semana en que el personal escolar se lo notifique.

Los medicamentos recetados deberán estar en su envase o caja original y deberán estar propiamente etiquetados. La etiqueta deberá incluir el nombre del niño, nombre del medicamento, hora en que se debe administrar, dosis, fecha en que se termina la administración del medicamento y el nombre del profesional certificado de salud que recetó tal medicamento. El nombre y número de teléfono de la farmacia también deben estar impresos en la etiqueta que está pegada al envase o caja. **Pídale al farmacéutico que le dé un envase etiquetado extra para dárselo a la escuela.**

Medicamentos sin receta. Estos deberán estar en su envase o caja original con una etiqueta que contenga claramente escrito el nombre del niño y la información de la forma en que se administrará. La dosis indicada **deberá de coincidir** con la dosis recomendada por el personal de salud autorizado.

Al firmar este documento, Yo doy permiso para que el médico de salud de mi hijo comparta la información de la administración de este medicamento con la enfermera o el personal escolar autorizado para que ellos le puedan administrar el susodicho medicamento.

_____	_____	_____
USE LETRA DE MOLDE – Nombre del padre/tutor legal	Firma del padre o tutor legal	Fecha
_____	_____	_____
No. de teléfono del trabajo	Número de teléfono privado	Nombre de la escuela y # de fax

(PARA USO ÚNICO DEL MÉDICO AUTORIZADO EN RECETAR EL MEDICAMENTO)

Health Care Provider Authorization to Administer Medication

Child's Name_____**Birthdate:**_____

Medication:_____

Dosage:_____ **Route:**_____ **time(s):**_____

To be given at the following time(s):_____

Special Instructions:_____ **Student may carry inhaler**:_____

Purpose of medication:_____

Side Effects that need to be reported:_____

_____	_____
Signature of Health Care Provider with Prescriptive Authority	**License Number**
_____	_____
Printed **name of Health Care Provider**	**Date**
_____	_____
Health Clinic Phone Number	**Doctor Health Clinic and FAX Number**