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 según las instrucciones y la
(Nombre del medicamento)
receta incluida y firmada por el médico.

La escuela está de acuerdo en administrar el medicamento recetado por un médico certificado por 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.

Medicamentos sin receta. Estos deberán estar en su envase o caja original con una etiqueta que contenga el nombre del niño y la información de la forma en que se administrará. La dosis indicada deberá de coincidir con la dosis recomendada con 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 EN MOLDE – Nombre del padre/tutor legal **Firma** **Fecha**

_____ _____ _____
Numero 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

(To be filled out & signed by health care provider WITH PRESCRIPTIVE AUTHORITY)

Child's Name_____**Birthdate:**_____

Name of Medication:_____

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

Special Instructions:_____

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 with Prescriptive Authority **Date**

_____ _____
Health Clinic Phone Number **Health Clinic FAX Number**

Por favor pídale al farmacéutico que le de una etiqueta adicional del medicamento para que lo pueda llevar a la escuela. .
GRACIAS!!!

FORM: Permission for Medication Administration In the School, *Translated by SD27J, Translation Dept. NC 11-08*