

**PERMISO PARA LAS MEDICINAS-CONFIDENCIAL**

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Maestro \_\_\_\_\_

Medicamento \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_

Doctor \_\_\_\_\_

Diagnostico \_\_\_\_\_

Hora y día que se le debe de dar el medicamento \_\_\_\_\_

Número de días que se anticipa darle este medicamento \_\_\_\_\_

Efectos secundarios \_\_\_\_\_

¿Cuándo se le dió la primera dosis? \_\_\_\_\_

Por la poliza del distrito la primera dosis de un medicamento no se le puede dar a un estudiante por el personal del distrito a menos que sea en caso de emergencia.

Fecha \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**NOTA:** Prescripciones médicas deben de ser traídas a la escuela en un embase con etiqueta de la farmacia, con el nombre del medicamento, dosis y horas que se debe de dar la medicina. La etiqueta de la medicina de la farmacia sirve como una orden médica para dar la medicina. **Por favor llamen a la enfermera de la escuela para hacer arreglos a aquellos que vayan a tomar una medicina por si solo o con medicinas que no son recetadas por el médico. Permiso escrito para administrar medicinas en las escuelas es requerido por la junta de poliza JGFGB de las escuelas públicas de Lawrence.**

**Permiso para dar información**  
(requerido para medicamentos administrados en las escuelas)

Autorizo a dar informacion con respecto a \_\_\_\_\_ prescripción médica \_\_\_\_\_ record médico(opcional)

De \_\_\_\_\_ a las escuelas del distrito 497 y de las escuelas del distrito 497 a  
Nombre del doctor

\_\_\_\_\_. Entiendo que cualquier información obtenida es confidencial.  
Nombre del doctor

Fecha \_\_\_\_\_

Firma del padre o guardian

Fecha \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_ LPS employee \_\_\_\_\_ Licensed health care provider