

DISTRITO ESCOLAR LIBRE UNIÓN DE AMAGANSETT

POB 7062, 320 Main Street

Amagansett, Nueva York 11930-7062

Teléfono: (631) 267.3572/Fax: (631) 267.7504

Sitio web: [www.aufsd.org](http://www.aufsd.org)

**SOLICITUD DE DAR MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA**

Por la presente solicito permiso para que \_\_\_\_\_ reciba sus  
(Nombre del estudiante)

medicamentos según lo prescrito por \_\_\_\_\_ en el formulario  
adjunto.

(Nombre del médico tratante)

Este medicamento debe ser administrado por la enfermera de la escuela.

Los medicamentos se entregarán a la enfermera de la escuela antes del comienzo del año escolar y se guardarán en la Oficina de Salud durante la jornada escolar.

Proporcionaré los medicamentos en un envase debidamente etiquetado, junto con una prescripción del médico cada vez que se cambie el medicamento o la dosis.

El motivo de esta solicitud es que nuestro médico afirma que este medicamento es necesario para mi hijo durante el horario escolar.

En caso de que el inhalador de albuterol o la epinefrina de mi hijo aún no se haya entregado a la Oficina de Salud o haya caducado, se podrá administrar el medicamento de reserva si la enfermera de la escuela lo considera médicamente necesario.

Acepto la plena responsabilidad de esta solicitud y eximo a las autoridades escolares de toda responsabilidad en la administración de los medicamentos.

Firma \_\_\_\_\_

molde \_\_\_\_\_  
Nombre en letra de

Relación con el niño \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_