

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 médicalemente 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 \_\_\_\_\_