



SELMA UNIFIED SCHOOL DISTRICT
3036 THOMPSON AVE., SELMA, CA 93662
(559) 898-6500 FAX (559) 896-7147

MEDICACIÓN EN LA ESCUELA

SOLICITUD DE PADRES

Los abajo firmantes, que somos los padres/tutores de _____ solicitamos que la enfermera de la escuela o el personal designado de la escuela ayuden al alumno en el asunto establecido por la declaración del médico.

Entendemos que la escuela no está legalmente obligada a administrar medicamentos a ningún niño y, por lo tanto, aceptamos mantener al distrito escolar y a sus empleados indemnes de toda responsabilidad por los resultados de dichos medicamentos o la forma en que se administran, y indemnizar al distrito escolar y sus empleados por cualquier responsabilidad derivada de estos acuerdos.

Notificaremos a la escuela de inmediato si cambiamos de médico o si se cambia el medicamento. Esta solicitud debe renovarse cada año escolar.

Nombre de estudiante

Fecha de nacimiento

Escuela

Grado/Salon

Firma de padre/tutor

Fecha

PHYSICIAN'S ORDERS

1. Medication including dosage, method of administration and timing: _____

2. Condition/diagnosis for which the medication is to be given (i.e. allergies, asthma, specific type of reaction: localized, generalized, mild, severe, etc.): _____

3. If an inhaler for asthma is being prescribed for a student in grades 5 and above:

a. Is the student to self-carry his/her inhaler on campus? _____ Yes _____ No

b. Have you educated this student how to use his/her inhaler, including proper technique and use of equipment (if necessary), and when to use the inhaler? _____ Yes _____ No

Physician's Signature

Phone Number

Date