



## Solicitud de administración de medicamentos

Estudiante: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Campus: \_\_\_\_\_

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

Tomar medicamento:  por vía oral  inhalador  tópico (crema)  inyección  otro \_\_\_\_\_

Afección para la que se administra el medicamento: \_\_\_\_\_

A ser administrado:  Todo el año escolar - o -  Las fechas siguientes: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ a: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Cuándo:  De manera rutinaria a las siguientes \_\_\_\_\_ - o -  Cuando sea necesario horas: \_\_\_\_\_

Consideraciones especiales/efectos secundarios: \_\_\_\_\_

Para los medicamentos diarios:  Sí, favor de administrar el medicamento diario en los paseos escolares  
 No, favor de no enviar el medicamento diario a los paseos escolares

Otros medicamentos que toma en casa: \_\_\_\_\_

Lista de alergias a alimentos o fármacos: \_\_\_\_\_

**Debe firmarlo un médico para cualquiera de estas razones:**

- medicamento recetado administrado más de 10 días escolares (medicamento diario)
- cualquier medicamento sin receta

<p><b>Padre/Tutor:</b> Autorizo al personal del distrito administrar el medicamento a mi hijo en conformidad con las normas del Distrito y la Agencia de Educación de Texas. Reconozco además que es responsabilidad del padre/tutor mantener un suministro del medicamento. Los medicamentos sin reclamar se destruirán al final del año escolar.</p>	
Firma:	Fecha:
Nombre en letra de molde:	Teléfono:

<p><b>Médico:</b> Solicito que el estudiante reciba este medicamento durante el día escolar de acuerdo a lo indicado previamente.</p>	
Firma:	Fecha:
Nombre en letra de molde:	Teléfono:

<p><b>Escuela:</b> Medicamento recibido por:</p>		
Firma:	Fecha:	Cantidad recibida:
Nombre en letra de molde:	Teléfono, ext.:	Fecha de vencimiento: