



AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Escuela: _____ Grado: _____

ESTA PARTE SE DEBE COMPLETAR Y FIRMAR POR EL PROFESIONAL DE LA SALUD AUTORIZADO SI ES NECESARIO ADMINISTRAR MEDICAMENTOS DURANTE EL HORARIO ESCOLAR

Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Métodos de administración: _____ Horario en que se toma: _____

Si fuera necesario, especifique el intervalo de tiempo **entre las dosis**: _____

Motivo por el que se administra el medicamento durante el horario escolar: _____

Permiso para llevar: INHALADOR: SÍ NO EPI-PEN: SÍ NO INSULINA: SÍ NO

Posibles **efectos secundarios** del medicamento: _____

Procedimiento de **urgencia** en caso de efectos secundarios graves: _____

Solicito y autorizo que al estudiante mencionado anteriormente se le administre el medicamento antes mencionado, de acuerdo con las instrucciones indicadas arriba. Existe un motivo válido de salud que hace aconsejable la administración del medicamento durante el horario escolar o durante el tiempo en que el estudiante esté bajo la supervisión de funcionarios escolares. Dicho medicamento se podrá administrar por personal escolar capacitado.

Fecha de la firma _____ Profesional de la salud autorizado _____

Teléfono _____ FAX _____ Nombre (en letra de molde o a máquina) _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código postal _____

ESTA PARTE SE DEBE COMPLETAR Y FIRMAR POR EL PADRE/MADRE/TUTOR

Certifico que soy el padre, la madre, el tutor legal u otra persona en control legal del estudiante identificado anteriormente. Solicito y autorizo a la escuela a administrar el medicamento identificado previamente al estudiante antes mencionado, de acuerdo con la receta o con las instrucciones de un profesional de la salud autorizado. Entiendo que el medicamento debe entregarse a la escuela en el envase original; y la autorización escrita debe coincidir exactamente con la información del envase.

Fecha de la firma _____ Firma _____ / _____
Teléfono del hogar _____ Teléfono del trabajo _____

REVISADA POR EL ENFERMERO TITULADO _____ (enfermero escolar) FECHA _____