



MEDICATION PERMISSION FORM

Nombre: _____ Escuela: _____ Grado: _____

Telefono de Escuela: _____ Fax: _____ Enfermera: _____

Condición por la cual se debe administrar el medicamento en la escuela y instrucciones de administración: _____

Lista todos los medicamentos o terapias que se utilizarán para esta afección. Utilice un formulario adicional para otras condiciones.

Medicamento	Ruta	Dosis	Hora
1.			
2.			
3.			
4.			

Firma de Medico: _____ Inprimir Nombre _____

Telefono: _____ FAX: _____ Date: _____

Válido sólo para este año escolar. Los medicamentos sin receta no se pueden administrar según sea necesario o después de 10 dosis de medicamentos aprobados por el distrito sin una orden médica.

Solicito y autorizo a Carrollton-Farmers Branch I.S.D. administrar el medicamento anterior según lo prescrito. Entiendo que el administrador de la escuela puede designar a cualquier persona o personas calificadas para administrar este medicamento según el Código de Educación de Texas, Sección 22.052.

Los medicamentos sin receta proporcionados por los padres de la lista aprobada por el distrito se pueden administrar hasta 10 veces sin la firma del médico. Los medicamentos sin receta aprobados por el distrito no se administrarán en dosis superiores a las recomendadas en la etiqueta para la edad o para indicaciones para las cuales el medicamento no está aprobado por la FDA en niños y adolescentes.

Lista de medicamentos sin receta aprobados por el distrito:

- Benadryl (difenhidramina)
- Acetaminofén (Tylenol)
- Ibuprofeno (Advil, Motrin)
- Pastillas para la tos/pastillas

También autorizo a la enfermera registrada de la escuela a consultar con el médico que prescribe para aclarar esta orden de medicamento, o en interés de la salud del estudiante, para discutir su respuesta al medicamento recetado según lo exige la Ley de Práctica de Enfermería de Texas.

Según la política del distrito, se pueden aceptar recetas de fuera del estado por hasta 30 días para estudiantes que se han mudado recientemente a Texas, mientras el estudiante está en el proceso de establecer atención con un médico de Texas.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR LEGAL: _____

TELEFONO): _____ DATE: _____