

**AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS**  
por el personal del Distrito Escolar de Jefferson

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Aula/Salón de clases Maestro \_\_\_\_\_

Doy permiso al personal de la escuela para administrar medicamentos a mi hijo de la siguiente manera:

**Esta sección es completada por el padre/tutor**

Por favor, permita que mi hijo se autoadministre este medicamento. (Política JSD JHCD/JHCD-AR)

Medicación: _____	<input type="checkbox"/> Sin receta
Dosis (cuánto): _____	Número de receta: _____
Frecuencia (con qué frecuencia): _____	Fecha de caducidad del medicamento: _____
Recorrido (círculo) Por: Boca Oreja Ojo Nariz Piel	Instrucciones especiales: _____
Hora: _____	_____
Duración: Fecha de inicio _____	_____
Fecha final _____	_____
Motivo de la medicación: _____	_____

Entiendo que soy responsable de proporcionar este medicamento y mantener el suministro según sea necesario. Entiendo que soy responsable de notificar a la escuela por escrito de cualquier cambio. También entiendo que se requiere que los padres/tutores recojan todos los medicamentos no utilizados antes del último día de clases. Todos los medicamentos que queden en la escuela serán desechados.

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Esta autorización se aplica **solo** a los medicamentos enumerados anteriormente y durante la duración del tratamiento o el año escolar. Esto también autoriza un intercambio de información según sea necesario entre el personal escolar apropiado y/o el proveedor de atención médica de mi hijo.

Permission of the building principal is required for all self-medication requests as per policy JHCD-AR.

\_\_\_\_\_  
Principal's Signature

\_\_\_\_\_  
Date

- Iniciar sesión/cerrar sesión de medicamentos en la parte posterior -

