



# Autorización para medicamentos con **RECETA MÉDICA** que se tomarán durante el horario escolar

## SE REQUIERE LA FIRMA DEL PADRE

Escuela \_\_\_\_\_

Nombre del niño(a) \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Género Fecha de nacimiento

Nombre del médico Dirección Número de teléfono

- Doy permiso para el intercambio de comunicación verbal y escrita entre el médico y la enfermera de la escuela con respecto al régimen de medicación de mi hijo.

Solicito que mi hijo reciba ayuda para tomar los medicamentos descritos a continuación en la escuela por parte de personas autorizadas o que se le permita tomar su medicina por sí mismo según lo autorizado también por mí y mi médico (*ver a continuación*):

Inicial

**Entiendo que yo u otro adulto designado tendremos que recoger este medicamento de la enfermera de la escuela al final del año escolar. En caso de que no se recoja este medicamento, comprendo que la enfermera del distrito o de la escuela destruirá o desechará el medicamento restante.**

FECHA FIRMA DEL PADRE O TUTOR LEGAL Fecha Testigo

### PHYSICIAN SIGNATURE REQUIRED - MEDICATION WILL NOT BE ADMINISTERED WITHOUT PROPER PHYSICIAN AUTHORIZATION

DIAGNOSIS for which medication is given: \_\_\_\_\_

NAME of MEDICINE: \_\_\_\_\_

FORM: \_\_\_\_\_ DOSE: \_\_\_\_\_

State TIME for DAILY Medication: \_\_\_\_\_

If medication is to be given WHEN NEEDED, describe indications: \_\_\_\_\_

How soon can it be repeated? \_\_\_\_\_

Is child authorized to medicate herself/himself? \_\_\_\_\_

List significant side effects: \_\_\_\_\_

Length of time this treatment is recommended: \_\_\_\_\_

Other Information: \_\_\_\_\_

DATE: \_\_\_\_\_ PHYSICIAN SIGNATURE: \_\_\_\_\_