



**AUTORIZACIÓN PARA DAR MEDICAMENTOS DURANTE LA EXCURSIÓN**

Si se pueden administrar medicamentos en casa o después del horario escolar, hágalo. Sin embargo, si se deben administrar medicamentos durante el horario escolar, se deberá completar este formulario.

**NOMBRE DEL ESTUDIANTE:** \_\_\_\_\_

**MAESTRO:** \_\_\_\_\_ **GRADO:** \_\_\_\_\_

Solicito que el profesional de la salud, a través del director o su designado, supervise o ayude a administrar medicamentos a mi hijo, de acuerdo con las instrucciones que se indican a continuación. Entiendo que:

- Los medicamentos deben estar en el envase original etiquetado (sin bolsas, papel de aluminio, etc.). Los farmacéuticos pueden proporcionar un envase duplicado etiquetado con solo las dosis escolares.
- El padre/tutor debe proporcionar instrucciones específicas, así como el medicamento y el equipo relacionado al director o personal de la clínica.
- Será responsabilidad del padre/tutor informar a la escuela de cualquier cambio.
- No se administrarán nuevos medicamentos ni nuevas dosis a menos que se complete un nuevo formulario y se proporcione un contenedor nuevo y etiquetado.
- Todos los medicamentos serán llevados directamente a la oficina/clínica por el padre/tutor.
- Los medicamentos no utilizados se desecharán a menos que se recojan dentro de una semana después de que se hayan retirado o discontinuado o al final de cada período escolar si no es recogido por el padre/tutor.

Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_ Vía (por boca, tópica, etc.) \_\_\_\_\_ Recuento de medicamentos al iniciar sesión: \_\_\_\_\_

Hora(s) a proporcionar: \_\_\_\_\_ Suspender la medicación en: \_\_\_\_\_

Condición/Enfermedad que requiere medicación: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor de atención médica: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo al personal, empleados y funcionarios del Distrito Escolar del Condado de Chatham a ayudar a mi hijo en la toma de medicamentos por prescripción médica o mostrador. Entiendo que, en caso de que se produzca un cambio en la medicación, soy responsable de firmar un nuevo formulario de solicitud. También entiendo que los medicamentos que no se retiren antes de que finalice el año escolar se desecharán. **Plan de Acción para el Asma y/o Alergia Alimentaria proporcionado** (encierre en un círculo el formulario) .

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor legal

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso

\_\_\_\_\_  
Fecha

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Recibido por

\_\_\_\_\_  
Fecha

