

Request For Administration of medication at school/ Solicitud de administración de medicamentos en el colegio

STUDENT INFORMATION / INFORMACIÓN DEL ALUMNO:

Last Name / <i>Apellido:</i>		First Name / <i>Nombre:</i>	
Grade / Curso			

Mr. / Mrs. / Ms.

(Parent/Legal Guardian's Name)

Como Padre/Madre/Tutor Legal del alumno citado anteriormente

SOLICITO

As Parent/Legal Guardian of the student listed above

REQUESTS

1. Que el personal sanitario del centro administre la medicación prescrita por el Doctor

1. That the school's health staff administers the medication prescribed on

(Nombre completo del Doctor)

(Date of prescription)

By

Con número de colegiado

(Doctor's Full name)

(Número de colegiado)

With medical ID number

En fecha

(Medical ID number)

(Fecha prescripción)

Every ____ hours, on my behalf and under my own responsibility.

cada ____ horas, en mi nombre y bajo mi responsabilidad.

I attach the Doctor's original prescription.

Se acompaña copia auténtica de la prescripción facultativa.

Signed:

Firmado:

(Parent/Legal Guardian's Signature)

D./Dña.
(Padre/Madre/Tutor Legal)

(Padre/Madre/Tutor Legal)