



**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA MEDICAMENTOS**

**ESTA SECCION SE DEBE LLENAR POR EL PADRE, MADRE O TUTOR.**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono (casa): \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono (otro): \_\_\_\_\_  
Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
Nombre de medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_  
Horario que se debe administrar el medicamento: \_\_\_\_\_ Instrucciones especiales: \_\_\_\_\_

Estoy de acuerdo con los medicamentos solicitados arriba y seré responsable de lo siguiente:

- Entregar el medicamento a la oficina de la escuela en un envase de farmacéutico con etiqueta o en el envase original del fabricante.
- Mantener provisión suficiente del medicamento.
- Mantener al personal escolar informado de cambios de dosis u horarios de administrar los medicamentos.
- Obtener un formulario nuevo del doctor para cualquier cambio en este medicamento.

En caso de que más información sea necesaria con respecto a este medicamento o sobre su administración, yo autorizo el personal escolar comunicarse con el médico del estudiante.

Firma del padre, madre o tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_ Número de teléfono alternativo: \_\_\_\_\_

---

**La parte del médico (PHYSICIAN) solo debe completarse para medicamentos recetados o de venta libre que no siguen las instrucciones proporcionadas en el envase.**

---

**THIS SECTION TO BE COMPLETED BY THE PHYSICIAN:**

Please administer to \_\_\_\_\_ the following medication at school.  
(Student's Name)

Name of Medication: \_\_\_\_\_ Dosage: \_\_\_\_\_

**Administer Medication:**

- At the following times: \_\_\_\_\_
- As needed for \_\_\_\_\_, but no more frequently than every \_\_\_\_\_

Special Instructions: \_\_\_\_\_

**Inhalers:**

- May carry on their person. This student has been instructed in the proper use of this medication and is sufficiently responsible to self-administer.
- May not carry inhaler on their person.

(Physician Signature) \_\_\_\_\_ (Date) \_\_\_\_\_

(Print Physician Name) \_\_\_\_\_ (Phone Number) \_\_\_\_\_

**Misión: Servir a nuestra comunidad educando a cada niño.**