

UNIDA COMUNITARIA DEL DISTRITO ESCOLAR 200 DE WOODSTOCK
FORMA DE AUTORIZACION DE MEDICAMENTO

Medicamento no será administrado en la escuela sin una orden escrita por un médico y una forma de solicitud completada por el padre.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____ Número de teléfono: _____
Nombre de padre/guardián: _____ Teléfono de emergencia: _____
Escuela: _____ Grado: _____ Maestro: _____

TO BE COMPLETED BY STUDENT'S PHYSICIAN

(Esta parte debe de ser completa por el doctor del estudiante)

Diagnosis: _____ Name of Medication: _____
Dosage: _____ Frequency: _____ Route: _____ Time: _____
Duration of Administration: _____ Side Effects: _____
Doctor's Name (Please Print): _____
Address: _____ Phone #: _____
Would you like follow-up reports from the teacher? Yes: _____ No: _____ How Often?: _____
Doctor's Signature: _____ Date: _____
Comments, Additional Instructions Regarding Insulin, Asthma, etc., (additional space on reverse side):

Para los padres/guardianes,

Todo el medicamento que será administrado en la escuela debe de ser entregado a la enfermera o a la oficina del director por el padre/guardián u otro adulto responsable. Medicamento de receta debe de venir en su propio contenido con la etiqueta de la farmacia con el nombre del estudiante, nombre del medicamento, la dosis y la hora que debe de ser administrada. **¡MEDICAMENTO COMPRADO SOBRE EL MOSTRADOR debe de ser entregada a la enfermera o a la oficina del director junto con esta forma completa por el doctor y el padre/guardián y la botella no esta abierta! SOLAMENTE UNA BOTELLA DE LA MEDICINA PUESTA ARRIBA PUEDE SER GUARDADA EN LA ESCUELA A UN TIEMPO.** La enfermera la avisara cuando ya quede una poca de medicina. El padre/guardián puede traer un nueva botella de medicina y llevarse la botella que no tiene medicina a casa. Esto se hace para evitar confusión cuando la enfermera no este en el edificio y otro miembro del personal tenga que administrar el medicamento.

Por este medio, yo pido y doy permiso al personal del Distrito 200 que dispense medicamento a mi hija/hijo, según las instrucciones del doctor (nombre) _____. Renuncio cualquier demanda contra el distrito escolar, sus empleados y agentes que se presenten fuera de la administración del dicho medicamento y consiento mantener sin culpa y indemnificación al distrito escolar, sus empleados y agentes, ya sea juntos o separados, de y contra cualquier y toda responsabilidad, reclamos, demandas o otras causas de acción o heridas, costo y gastos que incluyen honorarios de abogado, resultado de o presentándose de la administración de medicamento.

Firma de padre/guardián : _____ Fecha: _____

Doy permiso para que el personal de la escuela le provea reportes de progreso pedidos por el Dr. _____.

Firma de padre/guardián: _____ Fecha: _____

**RENUNCIA PARA LA ADMINSTRACION DE MEDICAMENTO
POR EL PERSONAL DE DISTRITO 200 PARA
EXCURSIONES Y/O CIRCUNSTANCIAS RARAS**

Doy permiso para que mi hija/hijo (nombre) _____ reciba medicamento de receta durante las horas de escuela. Renuncio cualquier demandas contra el distrito escolar 200, Woodstock, Illinois, miembros del consejo de educación, distrito escolar 200, sus empleados y agentes resultando de la administración de medicamento por un maestro o un agente mientras que anden en una excursión o cualquier situación que resulte cuando una enfermera o un director no este en asistencia. Estoy de acuerdo de mantener sin culpa y indemnificación al distrito escolar, sus empleados y agentes, ya sea juntos o separados, de y contra cualquier y toda responsabilidad, reclamos, demandas o otras causas de acción o heridas, costo y costos que incluyen honorarios de abogado, resultado de o presentándose de la administración de medicamento por un miembro del personal en asistencia.

Firma de padre/guardián: _____ Fecha: _____

Este permiso es valido para el año escolar 20__ hasta el 20__.

Mi niño/a no tiene condición física INCLUYENDO ALERGIA A LOS PIQUETES DE ABEJA, que pudiera requerir atención médica mientras que anden en la excursión.

Firma de padre/guardián: _____ Fecha: _____

COMENTARIOS ADICIONALES, INSTRUCCION, ETC., POR PARTE DE PADRES/GUARDIANES Y/O DOCTOR:
