LYNWOOD
UNIFIED SCHOOL DISTRICT

SERVICIOS EDUCATIVOS

POR FAVOR USE
UNA FORMA
POR MEDICAMENTO

FORMULARIO PARA LA AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS

(Solo se debe completar si el estudiante necesita tomar medicamentos en la escuela.)

Sección del Prescriptor

(Para ser completado por personas con autoridad prescriptiva legal que incluye MD, DO y NP o PA bajo un médico practicante)

Nombre del Estudiante:_____Fecha de Nacimiento: _____

Diagnosis:_____

Medicamento Prescrito: _____

Dosis:_____

Vía de Administración:_____Hora:_____

Posibles Efectos Secundarios: _____

Duración: Para asegurar que no haya interrupciones en la administración de medicamentos a los estudiantes durante el año escolar y la escuela de verano, **esta orden es válida por un año a partir de la fecha firmada**, a menos que el médico especifique lo contrario.:

Nombre del prescriptor: _____

Domicilio:_____

Numero de Teléfono:_____Fax:_____

Correo electrónico: _____

Firma del prescriptor:_____Fecha: _____

Sello del prescriptor:

Sección del Padre/Tutor Legal

(Para ser completado por el tutor legal del alumno o el tutor temporal en el caso de los jóvenes en hogares de crianza)

Nombre del Padre/Tutor Legal: _____

Numero de Teléfono del Padre/Tutor Legal: _____

Relación con el Estudiante: _____

Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para que mi hijo reciba medicamentos recetados en la escuela:

Firma del Padre / Tutor Legal:_____Fecha: _____