POR FAVOR USE
UNA FORMA
POR MEDICAMENTO

LYNWOOD
UNIFIED SCHOOL DISTRICT

SERVICIOS EDUCATIVOS

FORMULARIO PARA LA AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS AUTO-ADMINISTRADOS

(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 aquí:

_____

Solicito que a este estudiante se le permita llevar este medicamento en su persona / para que se guarde en su casillero / mochila. Él o ella ha sido instruido y entiende el propósito y el método apropiado y la frecuencia de uso.

Nombre del prescriptor: _____

Domicilio:_____

Número 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:_____Número de Teléfono: _____

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: _____