



POR FAVOR USE
UNA FORMA
POR MEDICAMENTO

SERVICIOS EDUCATIVOS

2021 - 2022

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 desde el agosto del 2021 hasta el julio del 2022**, 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: _____