

AUTORIZACIÓN PARA DAR MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

Si los medicamentos se pueden administrar en casa o después del horario escolar, hágalo. Sin embargo, si se deben administrar medicamentos durante el horario escolar, este formulario debe ser completado por un padre o tutor.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Profesor: _____ Grado: _____

Solicito que Cartersville City School System, a través del director o la enfermera, supervise / ayude en la administración de medicamentos a mi hijo(a), de acuerdo con las instrucciones en las declaraciones a continuación. Entiendo lo siguiente:

- Los medicamentos **deben** estar en el **envase original con etiqueta** (no bolsitas, papel aluminio, etc.). Los farmacéuticos pueden proporcionar un envase duplicado con solo las dosis escolares, si es necesario.
- El padre/madre o tutor debe proporcionar instrucciones específicas, así como el medicamento y el equipo relacionado, al personal de la clínica o al director.
- Será responsabilidad del padre/tutor informar al colegio de cualquier cambio. **No** se administrará ningún medicamento nuevo ni nuevas dosis a menos que se complete un nuevo formulario y se proporcione un nuevo envase con etiqueta.
- Todos los medicamentos se llevarán directamente a la oficina/clínica **por el padre/tutor**.
- Los medicamentos no utilizados **serán desechados** a menos que se recojan dentro de una semana después de que se suspenda la medicación o al final del año escolar.

Nombre del medicamento: _____

Dosis: _____ Vía (oral, tópica, inhalatoria, etc.): _____

Hora(s) a dar: _____ Fecha de finalización: _____

Posibles efectos secundarios, si los hubiera: _____

Proveedor de atención médica: _____ Teléfono: _____

Por la presente, autorizo al personal, empleados y funcionarios del Cartersville City Schools District a ayudar a mi hijo(a) a tomar el medicamento recetado. Entiendo que en caso de un cambio en el medicamento, soy responsable de presentar un nuevo formulario de autorización. **Autorizo al médico que prescribe a discutir con el director o la enfermera de la escuela cualquier asunto relacionado con el medicamento que se administrará.**

Firma del Padre/Tutor Legal

Fecha

Fecha	Cantidad recibida	Formulario Recibido (Imprimir)	Firma	Firma del miembro del personal que cuenta