



Formulario de administración de medicamentos

PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO

El nombre del estudiante: _____

Motivo de la medicación: _____

Medicación: _____ Dosis: _____ Hora: _____

Otras horas del día en que se administra este medicamento: _____

Dosis: _____

Si se omite la dosis de la mañana en casa, ¿se puede administrar en la escuela a petición de los padres?

Sí No

Fecha de administración: Inicio: _____ Fin: _____

Posibles efectos secundarios: _____

Este estudiante está bajo mi cuidado médico y requiere medicamentos durante el horario escolar.

Sello del Médico:

Fecha: _____

Firma del médico _____

PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE/TUTOR

Como padre/tutor legal del estudiante mencionado anteriormente, autorizo a la enfermera de la escuela a administrar este medicamento durante el horario escolar según lo prescrito. Entiendo que todos los medicamentos deben traerse a la escuela con la receta escrita en el envase.

Los medicamentos sin receta deben enviarse en su envase original. No se administrará ningún medicamento sin el permiso escrito del médico y del padre/tutor legal.

El permiso debe renovarse cada año escolar. Recuperaré cualquier medicamento no utilizado antes del último día del año escolar o será desechado por la enfermera de la escuela.

Firma del padre/tutor legal

Fecha