SHERMAN
INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

Solicitud de Administración de Medicamentos

Esudiante: _____ Fecha de nacimiento _____ Grado: _____ Escuela: _____

Medicamento: _____ Dosis: _____

Toma Medicamento: ☐ vía oral ☐ vía inhalador ☐ tópico (crema) ☐ inyección ☐ otro _____

Condición para la cual se administra el medicamento: _____

Para ser dado: ☐ Todo el año escolar - o - ☐ las siguientes fechas: ___ /___ /____ a: ___ /___ /____

Cuando: ☐ En el(los) siguiente(s) horario(s): _____ - o - ☐ Según sea necesario cada _____ hora

Consideraciones especiales/efectos secundarios: _____

Para medicamentos diarios: ____ Sí, por favor enviar a excursiones ____ No, por favor no envíe a excursiones

Otros medicamentos tomados en casa: _____

Enumere cualquier alergia a alimentos o medicamentos: _____

Se requiere la firma de un padre y un médico para obtener un medicamento recetado. Para medicamentos de venta libre, solo se requiere la firma del padre.

Padre/Tutor: Doy permiso para que el personal del distrito administre medicamentos a mi hijo de acuerdo con las políticas del Distrito y la Agencia de Educación de Texas. También reconozco que es la responsabilidad de los padres/tutores de mantener el suministro de medicamentos. Los medicamentos no reclamados serán destruido al final del año escolar.

Firma: Fecha:

Nombre en letra imprena: Télefono:

Médico: Solicito que el estudiante reciba este medicamento durante el día escolar como se indicó anteriormente.

Firma: Fecha:

Escuela: El medicamento fue recibido en: (fecha)

Firma de personal: Cantidad Recibida:

Firma de padre: Fecha de Expiración:

Revised 9/2025