MILWAUKEE PUBLIC SCHOOLS

Formulario de consentimiento de padres para medicamentos sin receta (de venta libre)

Nombre del estudiante: _____

Medicamento: _____

Dosis _____

Hora de adinistración _____

Período/Duración para darlo _____

Motivo para tomar el medicamento _____

Si el padre solicita que la dosis del medicamento de venta libre supere la dosis terapéutica recomendada, se requiere que el formulario de Autorización de Medicamento/Procedimiento esté firmado por un proveedor de cuidado de la salud con licencia.

Soy responsable de llevar el medicamento de venta libre a la escuela en su envase etiquetado original. Entiendo también que soy responsable de mantener la cantidad suficiente de medicamentos en la escuela. El no hacerlo tendrá como resultado la interrupción y cese de la administración de medicamento a mi hijo. Entiendo que, si mi hijo se niega a tomar el medicamento de venta libre, el personal escolar no utilizará la fuerza para obligar a mi hijo a que lo tome.

Firma del padre/tutor legal Teléfono Fecha: (Mes/Día/Año)