Autorización para medicamentos con RECETA MÉDICA que se tomarán durante el horario escolar

SE REQUIERE LA FIRMA DEL PADRE

Escuela _____

Nombre del niño(a) _____ _____ _____

Apellido Nombre Genero Fecha de nacimiento

_____

Nombre del médico Dirección Número de teléfono

- Doy permiso para el intercambio de comunicación verbal y escrita entre el médico y la enfermera de la escuela con respecto al régimen de medicación de mi hijo.

Solicito que mi hijo reciba ayuda para tomar los medicamentos descritos a continuación en la escuela por parte de personas autorizadas o que se le permita tomar su medicina por sí mismo según lo autorizado también por mí y mi médico *(ver a continuación)*:

☐ Inicial

Entiendo que yo u otro adulto designado tendremos que recoger este medicamento de la enfermera de la escuela al final del año escolar. En caso de que no se recoja este medicamento, comprendo que la enfermera del distrito o de la escuela destruirá o desechará el medicamento restante.

_____ _____ _____ _____

FECHA FIRMADEL PADRE O TUTOR LEGAL Fecha Testigo

PHYSICIAN SIGNATURE REQUIRED - MEDICATION WILL NOT BE ADMINISTERED WITHOUT PROPER PHYSICIAN AUTHORIZATION

DIAGNOSIS for which medication is given: _____

NAME of MEDICINE: _____

FORM: _____ DOSE: _____

State TIME for DAILY Medication: _____

If medication is to be given WHEN NEEDED, describe indications: _____

How soon can it be repeated? _____

Is child authorized to medicate herself/himself? _____

List significant side effects: _____

Length of time this treatment is recommended: _____

Other Information: _____

DATE: _____ **PHYSICIAN SIGNATURE:** _____