



FECHA: \_\_\_\_\_ ESCUELA: \_\_\_\_\_ AÑO ESCOLAR \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento:	Identificación:	Grado:
Padre/tutor:	Relación con el estudiante:	Teléfono:	
Padre/tutor	Relación con el estudiante:	Teléfono:	
Contacto de emergencia:	Relación con el estudiante:	Teléfono:	
Proveedor médico:	Organización médica:	Teléfono:	
Enfermera consultora			Teléfono:

Nombre del medicamento:		Tipo: <input type="checkbox"/> Recetado <input type="checkbox"/> Venta libre		Número de receta (si corresponde):	
Fecha de inicio:	Fecha final:	Fecha de expiración:	Frecuencia (cada cuánto tiempo):	Hora:	
Dosis:	Ruta: <input type="checkbox"/> Boca <input type="checkbox"/> Inyección <input type="checkbox"/> Inhalación <input type="checkbox"/> Oído <input type="checkbox"/> Ojos <input type="checkbox"/> Nariz <input type="checkbox"/> Tópico <input type="checkbox"/> Otro: _____				
Razón para el medicamento:	Instrucciones especiales:				

Por favor lea las siguientes declaraciones y proporcione sus iniciales como reconocimiento:

- Todos los medicamentos deben estar en su envase original más nuevo con una etiqueta precisa. \_\_\_\_\_ Iniciales
- El padre/tutor es responsable de proporcionar los medicamentos necesarios y mantener el suministro según sea necesario. \_\_\_\_\_ Iniciales
- El padre/tutor es responsable de recoger todos los medicamentos no utilizados antes del último día de clases. Todos los medicamentos que se dejen en la escuela serán desechados. \_\_\_\_\_ Iniciales
- El padre/tutor acepta la responsabilidad de notificar a la escuela por escrito sobre cualquier cambio en la medicación del estudiante durante el año escolar y después de la fecha que figura en este documento. \_\_\_\_\_ Iniciales
- Cualquier cambio en la administración de la etiqueta de la prescripción o las instrucciones del fabricante debe estar firmado por el proveedor de atención médica del estudiante. \_\_\_\_\_ Iniciales

**Autorización del padre/tutor:**

Verifico que la información médica anterior es precisa y completa, y entiendo que es mi responsabilidad notificar de inmediato por escrito a la secretaría de la escuela o a la enfermera consultora sobre cualquier cambio en esta información.

Esta autorización se aplica únicamente a los medicamentos mencionados anteriormente, a la duración del tratamiento y al año escolar.

**Autorizo el intercambio de información entre el personal de las Escuelas Bend-La Pine y el proveedor de atención médica de mi estudiante.**

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Nombre del padre/tutor (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

**Aprobación del proveedor médico: Requerida\* para cualquier desviación de la etiqueta de la receta o las instrucciones del fabricante.**

Firma del proveedor médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Medication Administration Log**

\* La aprobación del proveedor médico se puede proporcionar en un documento separado (por ejemplo, una nota del médico), que debe adjuntarse a este formulario.

