

**Distrito Escolar Metropolitano del Municipio Pike
Permiso Médico Escrito**



- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> CES
7001 Zionsville Rd
St.
Indianapolis, IN 46268
317-297-2778 | <input type="checkbox"/> CPES
2811 Barnard St.

Indianapolis, IN 46268
317-347-7400 | <input type="checkbox"/> DRES
5401 N. High School Rd

Indianapolis, IN 46254
317-299-1266 | <input type="checkbox"/> ECES
6905 W. 46 th

Indianapolis, IN 46254
317-291-1311 |
| <input type="checkbox"/> EES
7625 New Augusta Rd.
Indianapolis, IN 46268
317-387-5900 | <input type="checkbox"/> FCPA
8301 W. 86 th St.
Indianapolis, IN 46278
317-347-8470 | <input type="checkbox"/> GCES
4301 W. 52 nd St.
Indianapolis, IN 46254
317-298-2780 | <input type="checkbox"/> NAS
6250 Rodebaugh Rd.
Indianapolis, IN 46268
317-387-4325 |
| <input type="checkbox"/> NJELC
7839 New Augusta Rd.
Indianapolis, IN 46268
317-387-7100 | <input type="checkbox"/> SCES
5455 W. 56 th St.
Indianapolis, IN 46254
317-295-7200 | <input type="checkbox"/> GCMS
4401 W. 52 nd St.
Indianapolis, IN 466254
317-293-4549 | <input type="checkbox"/> LMS
5353 W. 71 st St.
Indianapolis, IN 46268
317-291-9499 |
| <input type="checkbox"/> NAN
6450 Rodebaugh Rd.
Indianapolis, IN 46268
317-387-4328 | <input type="checkbox"/> PFC
6801 Zionsville Rd.
Indianapolis, IN 46268
317-347-8600 | <input type="checkbox"/> PHS
5401 W. 71 st St.
Indianapolis, IN 46268
317-291-5250 | <input type="checkbox"/> PPA
7140 Waldemar Dr.
Indianapolis, IN 46268
317-347-8352 |

De acuerdo con el estado de Indiana, todos los medicamentos recetados y no recetados deben ser administrados a los estudiantes en el centro de salud por empleados escolares designados. Para que se le pueda administrar medicamentos a su hijo, debe entregar su permiso por escrito a la escuela junto con el medicamento. Recomendamos que envíe a la escuela solo la cantidad de medicamento que se debe administrar durante el horario escolar durante el número total de días que se debe administrar el mismo.

El siguiente permiso ha sido diseñado para ayudarlo a usted y a la escuela a cumplir con este requisito del Estado. Complete todos los espacios en blanco, firme y coloque la fecha para que el formulario sea válido. Este formulario debe completarse para cada medicamento enviado a la escuela con su hijo. Puede obtener más formularios de la oficina de la escuela.

Nombre del Alumno: _____

Nombre del Medicamento: _____

Dosis: _____

Horario que se le debe dar el medicamento: _____

Cada cuánto se le debe dar el medicamento: _____

¿Es un medicamento bajo receta? por favor revise: **Sí** **No**

- A. Si es así, el medicamento debe estar en el frasco original y debe venir acompañado de instrucciones escritas del médico
- B. Si el medicamento no es recetado, indique la razón por la que se debe administrar el medicamento. (por ej., dolor de cabeza, congestión, etc.)

A mi leal saber y entender, los datos anteriores son correctos. Por la presente, doy permiso a _____, para que le administren a mi hijo, el medicamento arriba mencionado.
(School's Name)

Todo medicamento sobrante será regresado el padre/madre o tutor o persona mayor de dieciocho años (18) de edad que haya sido designada, por escrito, por el padre/madre o tutor.

Firma del padre/madre o tutor

Fecha

Firma del medico

Fecha