

09.2241 AP.21

Año escolar_____

Escuela: _____ **Grado:** _____ **Alergias:** _____

Comience cuando reciba el formulario: ☐ Sí ☐ No Otro: _____ **Finalizar al final del año escolar:** ☐ Sí ☐ No Otro: _____

Comience cuando reciba el formulario: ☐ Sí ☐ No Otro: _____ Finalizar al final del año escolar: ☐ Sí ☐ No Otro: _____

Comience cuando reciba el formulario: ☐ Sí ☐ No Otro: _____ **Finalizar al final del año escolar:** ☐ Sí ☐ No Otro: _____

Por la presente autorizo al personal escolar a administrar el medicamento mencionado anteriormente a mi hijo y eximo a la escuela, a la Junta de Educación del Condado de Oldham y a sus empleados de cualquier responsabilidad que pueda derivarse de la administración de este medicamento de acuerdo con las instrucciones de este formulario. El padre/tutor por la presente da su consentimiento a la Junta de Educación del Condado de Oldham y a sus empleados, así como al médico del niño, para que comenten su estado de salud o la administración de la medicación mencionada anteriormente con el personal de la escuela o del distrito, con el fin de ayudarles a planificar el cuidado de mi hijo mientras está en la escuela o en eventos escolares.

Oldham County Schools
Authorization to administer prescription or over-the-counter medicines

09.2241 AP.21

Firma del padre/tutor

Teléfono

Fecha

Date	Name, Strength(mg), number of pills counted/received by school staff	Staff Signature*	Firma del padre/tutor

*An Oldham County Board of Education staff signature confirms:

1. "Parent Authorization to Give Medication" has been reviewed by OCBE staff regarding the receipt of the above prescribed medication and there is "NO CHANGE" regarding the Name of Medication, Strength, Dosage, Route or Time this medication is to be administered by school staff.

SPECIAL NOTES: _____