Formulario de autorización del prescriptor de medicamentos recetados de HUSD / padre o madre

Nombre del estudiante _____Feche de nacimiento: _____Maestro : _____Calificacion: _____

Para ser completado por el médico / prescriptor autorizado:

	Nombre del medicamento	Dosis	Tiempo para ser dado la medicina	Razón de la medicina	Si es PRN, enumere los síntomas	Efectos secundarios/Reacciones adversas
1						
2						

Circle Route of Administration ~~

- ● Oral (Píldora / Cápsula / Masticable / Líquido)
- ●Inhalada (Inhalador / Nebulizador)
- ● Topico (Ungüento / Gotas oftálmicas / Gotas óticas)
- ● Inyectable (Subcutáneo / IM)

Enumere la frecuencia mínima entre dosis (especialmente si es medicación P.R.N.):

_____

Instrucciones especiales: _____

Fecha de inicio si no es el comienzo del año escolar:_____Fecha límite si no es el final del curso escolar: _____

_____ _____ _____

Firma del médico Fecha Nombre impreso del médico

Número de teléfono del médico: Fax: Direccon:

Para ser completado por el padre/tutor: Solicito y autorizo a (Nombre del niño/niña) _____
Autorizo a mi hijo/a a recibir los medicamentos o tratamientos mencionados en la escuela, de acuerdo con la normativa del distrito escolar, y a que el personal médico y el distrito escolar compartan la información necesaria para atender sus necesidades de medicación. (Las escuelas exigen que los padres/tutores traigan los medicamentos en su envase original).

_____ _____

Firma del padre/tutor Fecha

HUSD nurses 3/2026