

# Escuelas del Condado de Hamblen

## Formulario de Medicamentos Recetados

### INSTRUCCIONES PARA PADRES /TUTORES:

Lo siguiente debe ser completado y firmado tanto por el padre / tutor como por el médico que prescribe el medicamento para su hijo. No se le puede dar ningún medicamento de ningún tipo a su hijo hasta que se complete esta información y se devuelva a la escuela. Recuerde que todos los medicamentos deben estar en un recipiente etiquetado por una farmacia. Si ocurre algún cambio en la medicación durante el año escolar, se debe completar un nuevo formulario y devolverlo a la escuela. Utilice solo un formulario para cada medicamento.

La firma del padre / tutor en este formulario constituye el consentimiento para la administración del medicamento descrito en este formulario. Se entiende que la persona que administra el medicamento y / o ayuda en la administración del medicamento no es una persona con formación médica. Al firmar, el padre / tutor libera a la Junta de Educación del Condado de Hamblen, sus agentes y sus empleados de cualquier responsabilidad derivada de la administración de este medicamento. Por favor, no envíe medicamentos por niños. Los medicamentos deben traerse a la escuela y ser recogidos por un adulto responsable.

Nombre del Niño \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre del Médico \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del Medicamento \_\_\_\_\_

Dosificación \_\_\_\_\_ Método/Forma \_\_\_\_\_

Hora del Día \_\_\_\_\_

Motivo de la Necesidad de Administrar Medicamentos Durante el Horario Escolar \_\_\_\_\_

Posibles Efectos Secundarios y Procedimientos a Seguir \_\_\_\_\_

Instrucciones Especiales \_\_\_\_\_

Alergias Conocidas \_\_\_\_\_

**Este formulario es válido únicamente para un año escolar.** Si esta orden de medicación caduca antes de finalizar el año escolar, por favor, especifique la fecha de caducidad. \_\_\_\_\_

*Al firmar a continuación, autorizo a los funcionarios escolares a contactar al médico con respecto al medicamento mencionado anteriormente.*

Firma del Médico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Padres o Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Número de Teléfono de Emergencia o de Los Padres \_\_\_\_\_