



AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR PERSONAL ESCOLAR DESIGNADO

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Escuela: _____ Grado: _____

Autorizo al personal escolar a administrar este medicamento según las siguientes instrucciones:

Medicamento: _____ Fecha de Inicio: _____ Fecha de Finalización: _____

Dosis (concentración/cantidad): _____ Sin receta _____ Receta _____

Frecuencia (cada cuánto se administra): _____ Hora de administración en la escuela: _____

Nombre de la Farmacia: _____

Ruta (marque uno): Boca Oído Ojo Nariz Piel Número de la Receta (si corresponde): _____

Médico prescriptor (si corresponde): _____ Tel. del prescriptor (si corresponde): _____

Razón por el medicamento: _____

Instrucciones particulares:

TODOS LOS MEDICAMENTOS DEBEN ESTAR AL DÍA, EN SU ENVASE ORIGINAL, Y CON LA ETIQUETA CORRECTA.

Entiendo que soy responsable de proporcionar este medicamento y de mantener el suministro según sea necesario. Todos los medicamentos deben ser enviados desde casa y deben estar en su envase original, vigente y con su etiqueta correcta. Entiendo que soy responsable de notificar por escrito a la escuela sobre cualquier cambio en la medicación, y que todos los medicamentos administrados por el personal deben ser llevados hacia y desde la escuela por un padre/tutor. Se debe recoger todo los medicamentos sin usar antes del último día de clases. Entiendo que se desechará cualquier medicamento que se quede en la escuela. (OAR 581-021-0037)

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

Número de teléfono del padre/madre/tutor: _____

INSTRUCCIONES PARA EL PRESCRIPTOR: Se requiere la firma del profesional de la salud **SÓLO** para medicamentos recetados (puede presentarse en forma de etiqueta vigente de la receta).

_____ He recetado el medicamento indicado más arriba para el estudiante cuyo nombre aparece en la parte superior del formulario.

_____ Las instrucciones del padre son precisas.

_____ Certifico que este medicamento es necesario para que el estudiante pueda continuar asistiendo a clases.

Instrucciones particulares, incluyendo posibles reacciones adversas y las acciones a seguir en caso necesar:

Nombre del Prescriptor (en letra imprenta / con sello): _____

Firma del Prescriptor: _____ Fecha: _____

Nombre de la Clínica y Dirección: _____ Teléfono: _____