

SOLICITUD PARA QUE SE ADMINISTRE MEDICAMENTO/PROCEDIMIENTOS MÉDICOS EN LA ESCUELA

Nombre de la escuela		
Nombre del estudiante	Fecha de nacimiento	Grado
Nombre de la medicina/Procedimiento médico	Dosis	_____ veces al día
Nombre genérico del medicamento		
Fecha de inicio del medicamento/Procedimiento médico	Fecha de finalización del medicamento/procedimiento médico	
Diagnóstico médico		
Acción esperada del medicamento/procedimiento médico/efectos secundarios/instrucciones adicionales sobre medicamentos		

El que firma abajo, comprende y está de acuerdo que el procedimiento médico o la medicina antes mencionada puede administrarlo el personal sin título de enfermero en Mesa County Valley School District 51 de acuerdo con las instrucciones anteriores. *Para suspender el medicamento de un estudiante, se requiere una solicitud por escrito de los padres o tutores. Por favor, consulte el formulario «Autorización para suspender el medicamento en la escuela» para obtener la documentación necesaria.

Médico

Nombre	Teléfono
Firma	Fecha

Iniciales del médico

El estudiante comprende el uso apropiado de sus medicamentos y, en mi opinión médica, él/ella puede portar, con aprobación de la enfermera de la escuela, una dosis de la medicina antes mencionada y usarla en la escuela de manera independiente.

Padre/tutor legal

Por la presente, autorizo a la escuela a administrar el medicamento y los tratamientos según lo prescrito anteriormente. Yo también autorizo a la escuela a comunicarse con el médico respecto a la administración de este medicamento o procedimiento médico y a compartir la información mencionada anteriormente con el personal escolar pertinente.	
Nombre	Teléfono
Firma	Fecha

Consulte la Política de la Mesa Directiva Escolar JLCD 12-22-102(11), C.R.S.