

ESCUELAS DE LA PARROQUIA DE JEFFERSON
PERMISO, POR ESCRITO, DE LOS PADRES/ GUARDIÁNES
ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS
PARENT/GUARDIAN WRITTEN CONSENT FOR MEDICATION ADMINISTRATION

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____ Género _____

Nombre del Padre/Guardián _____ Parentesco _____

Dirección _____ Número de Teléfono _____

Teléfono del Trabajo (Mamá) _____ Papa _____ Numero de Celular _____

Otras personas a notificar, si los padres/ guardianes no están disponibles:

Nombre Parentesco Teléfono de Casa _____ Trabajo _____

Nombre Parentesco Teléfono de Casa _____ Trabajo _____

Mi hijo/a esta actualmente tomando los siguientes medicamentos en casa:

1. _____
Medicamento Dosis Hora

2. _____
Medicamento Dosis Hora

3. _____
Medicamento Dosis Hora

4. _____
Medicamento Dosis Hora

Alergias a Comidas/medicamentos: _____

Por este medio doy permiso a la enfermera de la escuela o al miembro de la escuela designado/a, sin licencia, a administrar el/los siguientes medicamentos:

1. _____
Medicamento Dosis Hora

2. _____
Medicamento Dosis Hora

3. _____
Medicamento Dosis Hora

4. _____
Medicamento Dosis Hora

Prescrita por _____ to _____
Nombre del Doctor o Proveedor Autorizado Nombre del Estudiante

Instrucciones Especiales: _____

Antes de pedir al personal de la escuela que administre la medicina a mi hijo/a, yo he administrado, en la casa, la primera dosis prescrita y he tomado el tiempo suficiente para observar si tiene reacciones adversas.

Doy mi permiso a la enfermera de la escuela para contactarse con el doctor/a de mi hijo/a y use comunicación electrónica con respecto a las necesidades médicas de mi hijo/a.

Doy mi permiso a la enfermera de la escuela para compartir información con el personal apropiado de la escuela (tal como el nombre del medicamento(s), efectos secundarios) relacionada con la administración del medicamento prescrito, según ella lo considere necesario para la salud y seguridad de mi hijo/a.

Doy permiso a mi hijo/a para que él/ella se auto-administre su medicamento, si la enfermera considera que es seguro y apropiado hacerlo en la escuela.

Sí _____ No _____

Comprendo que yo puedo recoger, personalmente, la medicina de la escuela en cualquier momento y que esta será destruida, si no se recoge dentro de 7 días siguientes al cese de la orden del médico, o 7 días después del cierre del presente año escolar.

He leído, comprendido y estoy de acuerdo con los REGLAMENTOS DE MEDICAMENTOS DE LA ESCUELA EN EL MANUAL DEL ESTUDIANTE.

Fecha: _____ Firma: _____ Parentesco: _____