

FORMULARIO DE MEDICAMENTOS RECETADOS

Escuela Primaria Cottage Grove (CGS 4k-2do) 470 North Main Street Cottage Grove, WI 53527 Teléfono: 608-839-4576 fax: 608-839-4439	Escuela Primaria Granite Ridge (GRS 3-5) 4500 Buss Road Cottage Grove, WI 53527 Teléfono: 608-839-8980 fax: 608-839-9345	Escuela Primaria Winnequah (4k-5to) 800 Greenway Road Monona, WI 53716 Teléfono: 608-221-7677 fax: 608-223-6514
Escuela Secundaria Glacial Drumlin (GDS 6-8) Sendero Damasco 801 Cottage Grove, WI 53527 Teléfono: 608-839-8437 fax: 608-839-8984	MG21 (6-12) 5301 Monona Drive Monona, WI 53716 Teléfono: 608-316-1924 Fax: 608-221-7662	Escuela Preparatoria Monona Grove High School (MGHS 9-12) 4400 Monona Drive Monona, WI 53716 Teléfono: 608-221-7666 Fax: 608-221-7690

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre del estudiante

Fecha de nacimiento

Grado/Maestro

Indicación/Diagnóstico

MEDICAMENTO: Dosis, vía de administración, frecuencia, hora de inicio y fecha de finalización.

☐ **Control de medicamentos personales (solo para estudiantes de 6to a 12o grado)**

Los estudiantes pueden llevar y administrar medicamentos recetados solo con la firma del padre/tutor (**excluyendo las sustancias controladas**).

☐ **Verificar si se requiere llevar consigo medicamentos de emergencia (asma/alergias: solo para estudiantes de 6to-12mo grado).**

Se permite con autorización por escrito del proveedor y del padre/madre o tutor legal. La firma indica que el estudiante está capacitado y es responsable de su uso adecuado. El personal escolar no se responsabiliza de la administración ni del seguimiento.

FIRMA DEL MÉDICO/PROVEEDOR QUE PRESCRIBE EL MEDICAMENTO (Requerida si el medicamento es una sustancia controlada y/o si la Oficina de Salud administrará el medicamento al estudiante)

Nombre impreso del médico/proveedor que prescribe el medicamento

Nombre/ubicación de la clínica

Firma del médico/proveedor que prescribe el medicamento

Fecha

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR (Obligatorio)

Firma del padre/tutor

Fecha