

**UNION COUNTY PUBLIC SCHOOLS FORMULARIO PARA DAR CONSENTIMIENTO PARA
ADMINISTRAR MEDICAMENTO**

Escuela:

Teléfono:

Fax:

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nac. _____

Maestro/Grado _____

Para poder ayudar a proteger la salud de su hijo/hija se requiere su consentimiento y autorización por escrito de un proveedor de cuidados médicos con autoridad para recetar cuando sea necesario para que su hijo/hija reciba medicamentos recetados y/o no recetados.

Permiso de los Padres o Tutor: Yo doy permiso para que mi hijo/hija reciba este medicamento durante las horas de clases. También doy permiso para que el personal de la escuela se comuniquen con el médico que recetó el medicamento si tuviesen preguntas o preocupaciones. Comprendo que es mi responsabilidad la de comprar y proveer este medicamento en su envase original. Por parte de mi hijo/hija yo absuelvo al Departamento de Educación del Condado Unión y a sus agentes y empleados de cualquier responsabilidad que pueda resultar cuando mi hijo/hija tome este medicamento en la escuela.

Firma del Padre/madre o tutor Fecha Números de contacto (teléfonos, celular, pager, etc.)

☐ Este medicamento debe ser usado para emergencias solamente. Por favor permita que este estudiante se administre el medicamento a sí mismo

****Ambos lados de esta forma se requieren para llevar medicamentos que son autoadministrados****

A continuación, debe ser completado por el Proveedor de Cuidado Médico y de Salud. Se requiere un formulario de consentimiento por separado para cada medicamento.

Medicamento _____ Concentración/Dosis _____

Diagnóstico del Médico: _____

Instrucciones Específicas (incluya la cantidad a ser dada, a qué hora y/o que seguido, relación con los alimentos, indicaciones específicas si "son necesarias")

Que seguido y/o a qué hora: _____

Propósito del Medicamento: _____

Relación con alimentos, si hay alguna: _____

Efectos secundarios o reacciones adversas: _____

Indicaciones específicas: _____

Otra Información: _____

Si es necesario que este estudiante reciba este medicamento durante horas de clases para poder mantener o mejorar su estado de salud y para beneficio de su asistencia a la escuela. Por favor notifique al director y/o a la enfermera de la escuela y a los padres/tutor si surge algún problema.

Firma del Médico Fecha Teléfono Fax

Favor escribir el apellido del médico Nombre de la clínica/dirección

PARA USO DE LA ESCUELA SOLAMENTE:

Fecha Recibido/Por: _____ Revisión de la Enfermera de la Escuela: _____

El Medicamento se Encuentra en:

☐ con el estudiante, medicamento de emergencia solamente ☐ en la Enfermería ☐ en el Salón de Clase