# ESCUELAS PÚBLICAS DE LAKEWOOD

PERMISO PARA LA MEDICACIÓN

Año escolar_____
Calificación_____
IDENTIFICACIÓN#_____

Estimado padre/madre/tutor legal:

Intentamos evitar la administración de medicamentos en las escuelas. Sin embargo, si su proveedor de atención médica decide que es necesario que su hijo reciba un medicamento durante el horario escolar, su aprobación y las instrucciones específicas deben proporcionarse a la escuela.

El medicamento debe ser entregado a la enfermera en el frasco original de la receta por el padre/tutor.

Nombre del estudiante_____

DIRECCIÓN_____

**PARA SER COMPLETADO POR EL PROFESIONAL DE LA SALUD**

Fecha del pedido _____Nombre del medicamento_____

Dosis a administrar_____

Tiempo y circunstancias de la administración en la escuela_____

_____

¿Se puede esperar una reacción? _____Sí _____No

En caso afirmativo, por favor descríbalo._____

_____

¿El profesional sanitario ha explicado a los padres los posibles efectos secundarios?
_____Sí _____No

Sello del proveedor de atención médica _____ _____
Firma Fecha

Yo, padre/madre/tutor legal de _____(nombre del estudiante), estoy al tanto de los posibles efectos secundarios del medicamento recetado por mi proveedor de atención médica.

Por la presente, autorizo a la enfermera escolar a administrarle la medicación a mi hijo/a durante el horario escolar.

Firma del padre/tutor _____Fecha_____