

Formato de consentimiento para medicamentos de las Escuelas Públicas del Condado de Union

Escuela: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Nombre del/de la estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Maestro(a)/Grado: _____

Para ayudar a proteger la salud de su hijo(a), se requiere su consentimiento y una autorización por escrito de un(a) profesional de la salud con facultad para recetar, cuando sea necesario que su hijo(a) reciba medicamentos con receta y/o sin receta.

Permiso del padre/madre o tutor(a): Autorizo que mi hijo(a) reciba este medicamento durante el horario escolar. También autorizo al personal de la escuela a comunicarse con el/la profesional de la salud que lo recetó en caso de dudas o inquietudes. Entiendo que es mi responsabilidad comprar y proporcionar este medicamento en su envase original. En nombre de mi hijo(a), libero a la Junta Escolar del Condado de Union y a sus representantes y empleados de toda responsabilidad que pudiera derivarse de que mi hijo(a) tome este medicamento en la escuela.

Firma del padre/madre o tutor(a)

Fecha

Números de contacto (casa y celular)

☐ Esto se usa solo para
emergencias

***Se requieren ambos lados de este formato para medicamentos de
emergencia que el estudiante porta consigo***

Lo siguiente debe ser llenado por el médico/proveedor de atención médica:

Medicamento: _____ Concentración/Dosis: _____

Diagnóstico médico: _____

Indicaciones específicas (incluya la cantidad a administrar, la hora y/o la frecuencia, relación con los alimentos, e indicaciones específicas si es "según sea necesario")

Con qué frecuencia y/o a qué hora: _____

Finalidad del medicamento: _____

Relación con los alimentos, si aplica: _____

Efectos secundarios esperados o reacciones adversas: _____

Indicaciones específicas: _____

Otra información: _____

Es necesario que este estudiante reciba este medicamento durante el horario escolar para mantener o mejorar su salud y aprovechar la asistencia a clases. Favor de notificar al director y/o a la enfermera escolar, así como a los padres/tutores, si surge algún problema.

Firma del profesional de la salud

Fecha

Teléfono

Fax

Nombre en letra de molde del profesional

Nombre y dirección del consultorio

SOLO PARA USO ESCOLAR:

Fecha de recepción/Recibido por: _____ Revisión de la enfermera escolar: _____

Ubicación del medicamento: ☐ con el estudiante, solo medicamento de emergencia ☐ en la enfermería ☐ en el salón de clases