Krum Independent School District
1200 Bobcat Blvd. • Krum, TX 76249 • 940-482-6000 • 940-482-3929 (fax) • www.krumisd.net

Formulario de solicitud de los padres o del médico para que el personal del centro educativo administre medicación

Fecha de la solicitud		Fecha de inicio del medicamento		Fecha de finalización del medicamento	
Nombre del alumno				Curso	
Condición (o síntomas) para la que se requiere el medicamento.					
Nombre del medicamento y dosis exacta					
Horario(s) que se suministrará(n) en el escuela					
Si se administra según sea necesario, indique los intervalos más cortos entre dosis				Número máximo de dosis por jornada escolar	
Instrucciones especiales					
Nombre del médico			Teléfono de los médicos		
Yo, el padre, la madre o el tutor que figura a continuación, del alumno mencionado anteriormente, solicito que se le administre a mi hijo el medicamento indicado. Asimismo, autorizo al profesor, entrenador o empleado del distrito autorizado de mi hijo a administrar dicho medicamento, tal y como se ha prescrito anteriormente, durante las excursiones u otras actividades escolares de este curso.Acepto eximir de responsabilidad al distrito escolar y a sus empleados por cualquier consecuencia derivada de este medicamento o tratamiento.					
Firma del padre, madre o tutor					
Número de teléfono			Teléfono del trabajo u otro número		
Firma del médico*					
Teléfono del médico			Fax del médico		

***Se aceptará un envase de medicamentos con receta debidamente etiquetado como prueba de la prescripción médica.**