



SHERMAN

INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

Solicitud de Administración de Medicamentos

Esudiante: _____ Fecha de nacimiento _____ Grado: _____ Escuela: _____

Medicamento: _____ Dosis: _____

Toma Medicamento: ☐ vía oral ☐ vía inhalador ☐ tópico (crema) ☐ inyección ☐ otro _____

Condición para la cual se administra el medicamento: _____

Para ser dado: ☐ Todo el año escolar - o - ☐ las siguientes fechas: ____ / ____ / ____ a: ____ / ____ / ____

Cuando: ☐ En el(los) siguiente(s) horario(s): _____ - o - ☐ Según sea necesario cada _____ hora

Consideraciones especiales/efectos secundarios: _____

Para medicamentos diarios: ____ Sí, por favor enviar a excursiones ____ No, por favor no envíe a excursiones

Otros medicamentos tomados en casa: _____

Enumere cualquier alergia a alimentos o medicamentos: _____

Se requieren las firmas de uno de los padres o del tutor y del médico para los medicamentos con prescripción medica. Se necesita la firma de un médico si se administran más de 10 dosis de un medicamento que no necesite prescripción medica o si este contiene aspirina.

Padre/Tutor: Doy permiso para que el personal del distrito administre medicamentos a mi hijo de acuerdo con las políticas del Distrito y la Agencia de Educación de Texas. También reconozco que es la responsabilidad de los padres/tutores de mantener el suministro de medicamentos. Los medicamentos no reclamados serán destruido al final del año escolar.

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre en letra impresa: _____

Télefono: _____

Médico: Solicito que el estudiante reciba este medicamento durante el día escolar como se indicó anteriormente.

Firma: _____

Fecha: _____

Escuela: El medicamento fue recibido en: (fecha) _____

Firma de personal: _____

Cantidad Recibida: _____

Firma de padre: _____

Fecha de Expiración: _____