

Liberación para la Administración de Medicamentos

Escuelas públicas centrales de Boone

Los medicamentos recetados o de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) deben traerse a la escuela en un recipiente debidamente etiquetado y provisto por el padre/tutor.

Nombre del estudiante: _____ Fecha: _____

Alergias: _____ Grado: _____

Proveedor de atención médica: _____ Maestro: _____

1. Medicamento: _____

Dosis: _____

Vece(s): _____

Motivo de la medicación: _____

¿Este medicamento se toma en casa? ☐ Sí ☐ No

Duración del tiempo a tomar:

☐ Todo el año escolar ☐ _____ meses ☐ _____ semanas

2. Medicamento: _____

Dosis: _____

Vece(s): _____

Motivo de la medicación: _____

¿Este medicamento se toma en casa? ☐ Sí ☐ No

Duración del tiempo a tomar:

☐ Todo el año escolar ☐ _____ meses ☐ _____ semanas

Solicito que la enfermera escolar o el personal capacitado administre el/los siguiente(s) medicamento(s) a mi hijo/a durante el periodo especificado. Asumo la responsabilidad de supervisar los efectos de este medicamento y eximo al personal escolar y al distrito escolar de toda responsabilidad derivada de reacciones adversas o cualquier otro efecto adverso que pudiera surgir a raíz de la administración de dicho medicamento, así como de los efectos resultantes de un error en el medicamento, la dosis o el horario de administración. Entiendo que, si se produce algún cambio en la medicación —como una modificación de la dosis, la suspensión del tratamiento o un cambio en los horarios de administración—, deberé notificarlo a la enfermera escolar.

Firma del padre/tutor

Fecha