



SOLICITUD PARA QUE EL ESTUDIANTE PUEDA RECIBIR MEDICINAS EN HORAS DE CLASE

Para ser llenado por un medico

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____

Escuela _____ Medicina _____

Dosis _____

(Solo se aplicaran inyecciones en casos de extrema emergencia, como alergias a avispas o a picadas de abeja)

Hora(s) de administrar la medicina: am _____ pm _____ En fechas entre _____ a _____

Información importante (incluir efectos secundarios, reacciones toxicas, y reacciones a la omisión):

_____ Contraindicación para su

Administración: _____

En caso de emergencia durante las horas de clase o si el estudiante se enferma, los oficiales escolares deben:

_____ Llamar a mi oficina _____ Phone# _____

_____ Llevar al niño inmediatamente al salón de emergencia en _____

_____ Otras opciones _____

_____ Firma del Medico Fecha DEA #

PERMISO DEL PADRE/MADRE/REPRESENTANTE Por medio del presente documento doy mi autorización para que mi hijo (nombrado arriba) reciba medicamentos en horas de clases. Un medico licenciado ha prescrito esta medicina. Esta medicina será provista por el padre/representante en un envase propiamente etiquetado por un farmaceuta con información que le identifica (ejemplo: nombre del niño, nombre de la medicina, dosis recomendada, y la hora en que se debe suministrar). Yo libero al Comité Escolar y sus agentes y empleados de toda responsabilidad que pueda resultar del hecho de que mi hijo tome esta medicina.

_____ Firma de Madre/Padre/Representante Número de teléfono Fecha

SCHOOL USE ONLY (SOLO PARA USO DE LA ESCUELA)

Name and title of person to administer medication

Approved by _____

Principal's Signature

Date

Reviewed by _____

School Nurse

Date