

Distrito Escolar de Sisters

Autorización para Administración de Medicamentos por Personal de La Escuela

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de

Nacimiento: _____ Grado: _____ Maestro _____

Escuela _____ Estoy dando permiso a la escuela y al personal entrenado de administrar medicamentos a mi hijo/a por los siguientes (padre o medico por favor complete)

Medicamento: _____

Sin receta

Dosis (que tanto): _____

Número de receta _____

Con que frecuencia: _____

En qué forma (marque uno) Por: Boca__ Oido__ Ojo__ Nariz__ P__

Tiempo: _____

Duración: Fecha de comienzo: _____ Fecha de finalización: _____

Razón del medicamento: _____

TODOS LOS MEDICAMENTOS DEBEN ESTAR EN SU ENVASE ORIGINAL NUEVO CON ETIQUETA PRECISA.

Instrucciones

especiales: _____

Yo entiendo que soy responsable de proporcionar este medicamento y mantener el suministro según sea necesario. Entiendo que soy responsable de notificar a la escuela por escrito de cualquier cambio. Los padres están obligados a recoger todos los medicamentos no utilizados el último día de clases. Todos los medicamentos sobrantes en la escuela se descartaran.

Firma del padres/

guardian: _____ Fecha: _____

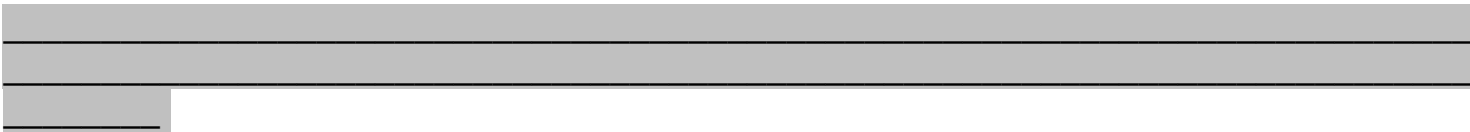
(Esta autorización solo se aplica a los medicamentos antes mencionados y por la duración del tratamiento o año escolar.) Esto también autoriza un intercambio de información, según sea necesario, entre la enfermera, personal apropiado, y medico de mi hijo/a.

Dirección del Médico/PHYSICIAN DIRECTION

(Required in writing OR on pharmacy label for all prescription medications)

I have prescribed the above medication for the student whose name appears at the top of this form. Instructions in the box are accurate. Special instructions including adverse reactions and action

require: _____



Physician's Name (Please print/
stamp)

Address

Zip
Code

Physician's Signature

Phone

Date

