



Solicitud para Administrar Medicamentos durante el Día Escolar

Si es necesario que un estudiante tome medicamentos durante el día escolar, este formulario debe ser completado por el padre o tutor y mantenerlo en los archivos de la medicación del estudiante en la oficina del director o con la enfermera de la escuela. **Esta petición está en efecto por un (1) año escolar. Se debe renovar anualmente y cada vez que hay un cambio en la medicación.**

Autorización del Padre/Tutor

Solicito que la medicación descrita a continuación sea administrada a mi hijo/pupilo en las horas especificadas durante el día escolar.

- Daré al director o enfermera el medicamento en su envase original con la etiqueta adecuada.
- Enviaré el medicamento sin receta en la botella con la etiqueta del fabricante y el nombre del estudiante.
- Enviaré la prescripción de la medicina recetada en la botella *actual* con la etiqueta de la farmacia que incluye el nombre del estudiante y la dosis exacta.
- Entiendo que se administrará únicamente la dosis prescrita. Cualquier cambio debe ser presentado por escrito del médico de su niño.

Entiendo que este medicamento será administrado a mi hijo solo por personal autorizado y se mantendrá en un armario cerrado con llave o refrigerado.

_____ / ____/____
 _____ Nombre del Estudiante (Por favor, en Letra de Molde) Fecha Nacimiento
 _____ Escuela

_____ Prescrito Sin Receta Nombre del
 Medicamento
 Hora para administrarlo: AM _____

_____ Día(s) medicamento debe ser dado PM _____

_____ Refrigeración: Si No Cantidad
 de la Medicación a Darse

_____ Propósito de la Medicación

_____ Fecha
 _____ # Teléfono

Nombre del Médico

Teléfono del Médico

Le doy permiso a mi hijo para transportar la medicación a la/y de la escuela: Si No
