



Solicitud del Estudiante para Poseer y Auto-Administrarse Medicamentos

Un estudiante puede poseer y auto-administrarse medicamentos por una enfermedad crónica o condición médica solo si el padre/tutor presenta una autorización escrita anualmente al director o a la enfermera de la escuela de parte del padre/tutor y el médico del estudiante.

Autorización del Padre/Tutor

Yo soy el **Padre / Tutor** (circula uno) del estudiante identificado a continuación. Autorizo a las Escuelas Públicas de Indianápolis a permitir al estudiante designado para poseer y auto-administrarse el medicamento identificado a continuación en la propiedad de la escuela y durante el horario escolar.

_____	____/____/____	_____
Nombre del Estudiante (Por favor, en Letra de Molde)	Fecha Nacimiento	Escuela
_____	_____	_____
Nombre del Medicamento	Propósito del Medicamento	
_____	_____	_____
Firma del Padre/Tutor	Fecha	
_____	_____	_____
Nombre en Letra de Molde	# Teléfono	

Declaración del Médico

Soy un profesional de la salud con licencia quien provee servicios médicos a _____
Nombre del Estudiante

He prescrito _____ para este paciente.
Nombre del Medicamento

Certifico que las siguientes afirmaciones son verdaderas y exactas:

- Existe una enfermedad aguda o crónica o condición medica para la se prescribe el medicamento antes mencionado.
- El estudiante arriba mencionado ha dado instrucciones sobre la forma de auto-administrarse la medicación.
- La naturaleza de la enfermedad o condición médica de emergencia requiere la administración de la medicación.

_____	_____
Firma del Médico	# Teléfono del Médico
_____	_____
Nombre del Médico en Letra de Molde	Fecha
_____	_____
Dirección del Médico	Ciudad, Estado