Holyoke Public Schools
Health Services Department

Orden de Consentimiento y Medicación de los Padres

Autorización para la administración de medicamentos durante las horas escolares

Padre / Guardián para completar y firmar la mitad superior del formulario / Llevar a la persona autorizada a prescribir para completar y firmar la parte inferior de la forma / Volver a la enfermera de la escuela

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____ Alergias: _____

Escuela: _____ Grado: _____ Maestro: _____

Padre / Guardián: _____ Relación con el estudiante: _____ Fecha: _____

Mi hijo (a) está actualmente tomando los siguientes medicamentos (incluya todos los medicamentos, incluso aquellos durante las horas escolares)
1._____ 2. _____
3._____ 4. _____

¿Puede el estudiante auto-medicarse, si lo determina la enfermera? Si ____ No ___
Solicito que mi hijo / hija reciba la medicación descrita a continuación por la enfermera de la escuela, según lo autorizo yo y mi proveedor abajo. *(Tenga en cuenta que entiendo que puedo recuperar el medicamento de la escuela en cualquier momento y el medicamento será destruido si no se recoge dentro de una semana de la terminación de la orden o a las 11:00 am el último día de escuela / verano Escuela, si corresponde).*

_____ _____ _____ _____
Firma del Padre / Tutor cell phone teléfono de la casa teléfono del trabajo

---

Lo siguiente debe ser completado por el Médico u otro Proveedor Licenciado según lo autorizado por el Capítulo 94C
UN MEDICAMENTO POR FORMA Siempre que sea posible, los medicamentos deben programarse a no ser durante horas escolares

Diagnóstico para la medicación dada: _____

Nombre de la medicación: _____ Ruta: _____ Dosis: _____ Hora: _____

¿Puede el estudiante auto-medicarse, si lo determina la enfermera? Si ____ No ___

Efectos Secundarios Significativos: _____

Fecha de inicio: _____ Fecha de descontinuación: _____

Nombre impreso del proveedor con licencia: _____

Firma del Prescriptor Autorizado: _____ Fecha: _____

Teléfono de oficina: _____ Otro teléfono de emergencia: _____

Otra información: _____

Firma de la enfermera de la escuela: _____ Fecha: _____