



Permiso de padre y orden de medicamento

Autorización para administrar los medicamentos durante la escuela

*El padre, madre o encargado completa y firma la parte arriba del formulario. El recetador licenciado completa y firma la parte abajo.
Devolver a la enfermera de la escuela*

Nombre de estudiante: _____ Fecha de nac.: _____ Fecha: _____ Sexo: _____

Alergias: _____

Escuela: _____ Grado: _____ Maestro: _____

Padre/madre/encargado: _____ Relación al estudiante: _____

Mi hijo/hija en actualidad está tomando los medicamentos siguientes (incluir todo medicamento, hasta lo de las horas escolares)

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 2. _____ |
| 3. _____ | 4. _____ |

¿Puede el estudiante automedicarse, si la enfermera determina que es apropiado? Sí ___ No ___
Solicito que la enfermera de la escuela le administre a mi hijo(a) el medicamento que se describe a continuación, según lo autorice mi médico y yo mismo. (Por favor note: *Entiendo que puedo recoger el medicamento de la escuela en cualquier momento y que al medicamento puede que se lo destruyan si no se recoge dentro de una semana de la terminación de la orden o por la hora de salida el último día de la escuela regular o la escuela de verano, si aplica*).

Firma de padre, madre o encargado celular teléfono de casa-trabajo

UN MEDICAMENTO POR FORMULARIO El médico o proveedor licenciado según se autorice por el capítulo 94C. *Cuando sea posible, programe los medicamentos fuera del horario escolar.*

Diagnostico por los medicamentos que se administran:

Nombre de medicamento: _____ Vía: _____ Dosis: _____ Hora: _____

¿Si la enfermera lo determina, puede el estudiante automedicarse? Sí ___ No ___

Efectos secundarios significativos: _____

Fecha de inicio:

Fecha de discontinuación:

Firma de proveedor licenciado: _____

Nombre (de molde):

Date:

Teléfono de oficina: _____ Teléfono de emergencia:

Otro información:

Firma de la enfermera de la escuela:

Fecha:

Escuela:

Teléfono:

Fax: