

Permiso para Administrar Medicamentos en la Escuela
Distrito 511

TODAS LAS MEDICINAS CON RECETA DEBEN TENER LA FIRMA DEL DOCTOR

Alumno: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

Escuela: [] Escuela Primaria [] Escuela Secundaria [] Escuela Preparatoria Año: _____

Nombre del padre/tutor: _____ Teléfono: (casa) _____ (trabajo) _____

1. **Razón** para la administración de la medicina o tratamiento: _____

2. Nombre del **medicamento**: _____ **dosis**: _____

() tableta/cápsula () líquido () inhalador () nebulizador () otro

3. **Hora** en que el medicamento debe ser administrado **EN LA ESCUELA**: _____ () con comida

4. Fecha de inicio: _____ () Fecha que termina, () hasta Nuevo aviso por parte del padre o del doctor

5. Restricciones y/o efectos secundarios: _____ () no se anticipan

6. **Para estudiantes con más de una dosis diaria**: Si omite la dosis que usualmente toma en casa, esta dosis puede ser administrada por el personal de la escuela. Se requiere que el PADRE/TUTOR notifique a la escuela que no se le administro la dosis en la casa.

Para Insulina, Epi-pens, inhaladores y nebulizadores: Evalué a este estudiante y considero que es capaz y responsable de la **AUTO ADMINISTRACION/LLEVAR CONSIGO** este medicamento (el distrito escolar no es responsable por dosis omitidas del medicamento):

() no se aplica, () no, () si, con supervisión () si, sin supervisión – puede llevar la medicina consigo durante el día de clases

Firma del doctor (para TODAS las medicinas con receta médica)

Date

Nombre del doctor

*se acepta una fotocopia de la receta en lugar de la firma del doctor a menos que el estudiante vaya administrarse/cargar consigo el medicamento.

Autorizo al personal de la escuela para que haga los arreglos y administre a mi niño(a) el medicamento indicado en la parte de arriba (a menos que el lo auto administre/cargue consigo). Entiendo que el medicamento **debe ser entregado en el envase original sin abrir o en el envase de la farmacia**. Los medicamentos en bolsas plásticas o en sobres blancos NO SERAN aceptados.

***Doy permiso a la oficina del doctor para que envíe por fax este formulario a la escuela de mi niño.

Firma del padre, madre/tutor

Fecha