

**AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO PARA DARLE MEDICINA A UN ESTUDIANTE EN
LA ESCUELA**

“Physician’s authorization of medication for at student at school”

EL DIRECTOR DE LA ESCUELA _____ FECHA _____

NOMBRE DE LA ESCUELA DEL NIÑO _____
FECHA DE NACIMIENTO _____

Para mantener a este niño con la salud óptima y para ayudar a mantener el desempeño máximo en la escuela, es necesario que esta medicina sea dada durante horas de escuela.

La medicina _____ color, si tiene _____
(incluye el nombre del comercio y el número de la prescripción)

La medicina será dada: (circule abajo)

Tabletas unguento cápsulas aspirándola líquida

Otro (especifica): _____

La dosis (la cantidad para ser dada): _____

¿La relación con la comida? _____

¿Con qué frecuencia ó a qué hora? _____

Efectos secundarios (esperados o previsibles): _____

Ninguna inyección se dará a menos en la emergencia extrema, tal como alergias a la avispa o a la abeja.

El padre del niño sabe de este pedido y está de acuerdo que esta medicina se suministrará como fue indicada. Debe el estudiante manifestar cualquier síntoma causado por la medicina; contacta por favor al padre o a mí oficina.

Las contraindicaciones para la Administración: _____

La Firma del médico

Administración de la Aplicación #

El teléfono

.....

EI PERMISO DEL PADRE

Yo por la presente doy mi permiso para que mi niño (denominó Arriba) reciba la medicina durante horas de escuela. Entiendo que la escuela no emprende responsabilidad para la administración de la medicina. Esta medicina ha sido recetada por un médico licenciado. Yo por la presente libero a la Escuela y a sus empleados de cualquier problema que puede resultar a mi niño tomando la medicina prescrita.

La firma de Padre ó Guardián

El Teléfono Día

.....
(School Use Only)

Name and Title of person to administer Drug: _____

Approved by: _____
Signature of Principal

Reviewed by: _____
Signature of principal or Public Health Nurse