



Autorización para el Personal de la Escuela para Administrar Medicamento

Nombre del estudiante: _____ fecha de nacimiento: _____

Escuela: _____ Grado: _____

Maestro: _____ Ciclo escolar: _____

Nombre del medicamento: _____ Farmacia _____
Dosis del medicamento: _____ Rx# _____
Manera de tomar el medicamento (boca, gotero, etc.): _____
Frecuencia/horario de dosis durante la escuela: _____
Duración (día, semana, mes, ciclo escolar): _____
Razón para tomar el medicamento: _____
Posibles efectos secundarios: _____

Petición/Aprobación del Padre/Tutor

Yo por la presente pido y doy permiso para que el estudiante anteriormente nombrado reciba el medicamento especificado como se declaró en las indicaciones de arriba. Yo entiendo que la administración de la escuela designará a un miembro específico del personal para que administre el medicamento, entrene al personal, asegure la identificación del medicamento, guarde del medicamento y mantenga un registro de tal administración del medicamento.

Yo soy responsable de proporcionar este medicamento a la escuela en su envase original con el nombre de mi hijo(a), el nombre del medicamento, dosis, método y frecuencia de administrarlo, y cualquier indicación especial. Yo lo suministraré cuando sea necesario, y yo soy el/la responsable de notificar a la escuela por escrito si hay algún cambio. Los medicamentos cuyas instrucciones de uso sean diferentes a las instrucciones escritas en el envase original también deben ser autorizados. Es requerido que los padres de familia recojan cualquier medicamento que no fue usado dentro de una semana después del último día de clases. Todos los medicamentos que no sean recogidos serán desechados apropiadamente.

Yo además entiendo que el personal escolar que proporcionó la ayuda o empleado de tal personal no son responsables de ningún modo civil o criminal, por cualquier reacción adversa sufrida por mi hijo(a) como resultado de tomar el medicamento que se indicó y descontinuar el suministro del medicamento para cumplir con el procedimiento resumido anteriormente. Esto también autoriza el intercambio de información, como sea necesario, entre la enfermera de la escuela, personal apropiado de la escuela y/o el proveedor de salud de mi hijo(a).

Este acuerdo está en efecto solo para este ciclo escolar. Yo he leído y estoy de acuerdo con las reglas mencionadas.

Firma del padre: _____ Fecha: _____

Firma del doctor: _____ Fecha: _____

MEDICATION SIGN-IN

Must be completed **each** time a new medication or refill is received from parent.

Medication Name	Date Rec'd	Amt Rec'd	Parent Signature	Staff Signature

* Prescription and non-prescription medications whose directions for use vary from the directions on the medication label must be authorized.