

DISTRITO ESCOLAR DE SISTERS

**Autorización para la administración de medicamentos por el personal escolar**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_

Maestro(a): \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_

Doy mi permiso para que el personal escolar entrenado administre medicamentos a mi hijo(a) de acuerdo con lo siguiente (Padre o médico, por favor complete):

Medicamento: _____	<input type="checkbox"/> Sin receta
Dosis (cuánto): _____	<input type="checkbox"/> Receta # _____
Frecuencia: _____	
Vía (marque una): Por: Boca <input type="checkbox"/> Oído <input type="checkbox"/> Ojo <input type="checkbox"/> Nariz <input type="checkbox"/> Piel <input type="checkbox"/>	
Hora: _____	
Duración: Fecha de inicio: _____ Fecha final: _____	
Razón del medicamento: _____	
Instrucciones especiales: _____	

**TODOS LOS  
MEDICAMENTOS DEBEN  
ESTAR EN SU ENVASE  
ORIGINAL MÁS NUEVO  
CON LA ETIQUETA  
CORRECTA**

Entiendo que soy responsable de proveer este medicamento y mantenerlo surtido cuando sea necesario. Entiendo que soy responsable de notificar a la escuela por escrito sobre cualquier cambio. Los padres tienen requerido recoger todos los medicamentos no usados antes del último día de clases. Todos los medicamentos que queden en la escuela serán desechados.

**Nombre del padre/tutor legal:** \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

(Esta autorización se aplica sólo a los medicamentos indicados anteriormente y por la duración del tratamiento o del año escolar). Esto también autoriza un intercambio de información, cuando sea necesario, entre la enfermera de la escuela, el personal apropiado y/o el proveedor médico de mi hijo(a).

**\*DIRECCIÓN DEL MÉDICO\***

**(requerida por escrito O en la etiqueta de la farmacia para todos los medicamentos recetados)**

He recetado los medicamentos indicados arriba para el estudiante cuyo nombre aparece en la parte superior de este formulario. Las instrucciones en la caja son exactas. Instrucciones especiales incluyendo reacciones adversas y acciones requeridas:

\_\_\_\_\_

Nombre del médico ( Por favor, escriba con letra de molde o ponga un sello)

Dirección postal

Código postal

Firma del médico

Teléfono

Fecha de vigencia