



Solicitud para administrar medicamentos durante el horario escolar y/o actividades patrocinadas por la escuela

TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN

Please complete one form for each medicine to be administered

Name of Student: _____ DOB: _____

Teacher (Grade): _____ School: _____

Medication: _____ Dosage: _____

Date Range for to administered medicine: _____ to _____

Time of Day to administer medicine: _____

Significant Information (include side effects, toxic reactions, and omission reactions):

Contraindications for Administration:

Physician's Signature: _____ Date: _____

Office Address: _____ Phone: _____



El padre/madre/tutor debe proporcionar este medicamento en un envase adecuadamente etiquetado por un farmacéutico con la información de identificación (por ejemplo, nombre del niño, medicamento dispensado, dosis recetada y horario en el que debe administrarse).



PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE/MADRE/TUTOR

Si se presenta una emergencia durante el día escolar, los funcionarios de la escuela deben: (marque todo lo que corresponda)

- Comunicarse conmigo/llamarme al _____
Llevar a mi niño inmediatamente al departamento de emergencias en _____
Otro: _____

Por el presente documento doy mi permiso para que mi niño (mencionado anteriormente) reciba su medicamento durante el horario escolar y/o actividades patrocinadas por la escuela. Este medicamento ha sido recetado por un médico autorizado. Asimismo, por el presente documento eximo al Junta escolar, a sus agentes y empleados de toda responsabilidad que pudiera resultar de administrar el medicamento recetado a mi niño.

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

Número de contacto: _____



School Use Only:

Name and title of person to administer medication: _____

Reviewed by: _____

School Nurse Signature

Date