



**Autorización para administrar medicamentos en la escuela
(período de tiempo prolongado)**

Si el medicamento se puede administrar en casa o después del horario escolar, hágalo. Sin embargo, si la medicación debe ser entregado durante el horario escolar, este formulario debe ser completado. Por favor escriba un medicamento por página.

El nombre del estudiante: _____

Profesor: _____ **Grado:** _____

Solicito que la escuela _____, a través del director o su designado, supervisar/ayudar en la administración de la mediación a mi hijo de acuerdo con las instrucciones a continuación. Entiendo que:

Los medicamentos deben estar en el envase original etiquetado (sin bolsas de papel de aluminio, etc.) Las farmacias pueden proporcionar un contenedor etiquetado por duplicado solo con las dosis escolares.

- El padre/tutor debe proporcionar instrucciones especiales, así como el medicamento y los medicamentos relacionados. equipo, al director o al personal de la clínica.
- Será responsabilidad del padre/tutor informar a la escuela de cualquier cambio. Nuevo no se administrarán medicamentos o nuevas dosis a menos que se presente un nuevo formulario.terminado y un recién se proporciona un contenedor etiquetado.
- Todos los medicamentos serán llevados directamente a la oficina/clínica por el padre/tutor.
- Los medicamentos no utilizados se desecharán a menos que se recojan dentro de una semana después se suspende la medicación.

Nombre del medicamento: _____

Dosis: _____ Vía (por boca, tópica, etc.): _____

Hora(s) a dar: _____ Suspender la medicación el: _____

Nombre del médico: _____ Teléfono del médico: _____

Por la presente autorizo al personal de la escuela, empleados, y funcionarios del Distrito Escolar _____ para ayudar a mi hijo a tomar los medicamentos recetados de acuerdo con la política del distrito, y los liberode cualquier responsabilidad por administraresto medicamento Entiendo que, en caso de cambio de medicamento, soy responsable de presentar un nuevo formulario de solicitud.

Padre/tutor legal

Fecha

Teléfono móvil _____ Teléfono del trabajo _____

Para ser completado porproveedor de atención médica por medicamentos recetados administrados durante más de dos semanas.

Condición/Enfermedad que Requiere Medicamentos: _____

Posibles Efectos Secundarios si alguno: _____

Firma del proveedor de atención médica

Fecha