

PRESCRIBIDOR MEDICO DE LA ESCUELA/AUTORIZACION DEL PADRE

INFORMACION DEL ESTUDIANTE

Nombre del Estudiante _____

Escuela _____ Grado _____ Profesor (a) _____ Año Escolar _____

Lista de alergias/reacciones a medicinas conocidas _____ Altura (pulgadas) _____ Peso (libras) _____

AUTORIZACION DEL PRESCRIBIDOR

Nombre de la Medicina _____ Razón para tomarla _____

Dóses _____ Ruta _____ Frecuencia/Hora de ser administrada _____

La medicación comienza _____ La medicación termina _____

Instrucciones especiales:

¿La medicina requiere refrigeración? Si No

¿Es la medicación una droga bajo control? Si No

¿Es la medicación por él mismo permitido o recomendado para éste estudiante? Si No

¿Si es inhalador para asma o medicación de emergencia, Ud. recomienda que la medicación sea mantenida "en su persona" por el estudiante mismo? Si No

Efectos relativos/Contraindicaciones/Reacciones Adversas Potenciales _____

Orden de Tratamiento en caso de un reacción adversa: (Atache una página adicional o use el reverso de ésta forma)

Firma del Prescribidor

Fecha

Teléfono

Fax

AUTORIZACION DEL PADRE

Yo autorizo a la enfermera de la escuela, Enfermera Registrada (RN) o enfermera práctica licenciada (LPN) a delegar a un personal sin licencia médica la tarea de asistir a mi hijo en tomar la medicación mencionada arriba. Yo entiendo que declaraciones adicionales firmadas por el padre/prescribidor serán necesarias si la dosis de la medicación es cambiada. Yo también autorizo a la Enfermera de la Escuela a hablar con el prescribidor o farmacista si alguna pregunta acerca de la medicación se presenta.

Las Medicaciones deben ser registradas con el Director, su persona designada o la enfermera de la escuela. Debe estar en el envase original y ser propiamente etiquetada con el nombre del estudiante, nombre del prescribidor, fecha de la prescripción, nombre de la medicina, dosis, potencia, hora de intervalos, ruta de administración y la fecha de expiración de la droga cuando sea propio.

Firma del Padre/Guardián

Fecha

Teléfono

Yo autorizo y recomiendo que mi hijo se dé el mismo la medicación mencionada arriba.

Firma del Padre/Guardián

Fecha

Si hay alguna pregunta o si problemas se presentan llámeme al
(casa) _____ (trabajo) _____ (celular) _____