

**AUTORIZACION DE LOS PADRES
MEDICACION PRESCRIPTA**

INFORMACION DEL ESTUDIANTE

Nombre del estudiante _____ Fecha de Nacimiento: _____
Escuela: _____ Grado: __ Maestra: _____ Año Escolar: _____
Lista de alergias conocidas: _____

AUTORIZACION DE LOS PADRES

Nombre del medicamento: _____ Razón: _____
Cantidad: _____ Medio (ejemplo: oral): _____ Frecuencia: _____
Fecha de comienzo: _____ Fecha de discontinuación: _____

Instrucciones especiales:

El medicamento requiere refrigeración? Si ___ No ___
Es este medicamento una sustancia controlada? Si ___ No ___
Es la automedicación permitida y recomendada para el estudiante? Si ___ No ___
Si usted contesto que si, usted recomienda esta medicación a que sea mantenida con el estudiante? Si ___ No ___

Posibles Contradicciones/ Reacciones Adversas: _____

Cual es el tratamiento a seguir en el caso de una reacción adversa: _____

Garantizo que el alumno ha sido instruido en como administrarse apropiadamente la medicación.

Firma del padre/madre/tutor Fecha Telefono Fax

AUTORIZACION DE LOS PADRES

Autorizo a la enfermera de la escuela, la enfermera registrada (RN) o enfermera licenciada (LPN) a delegar al personal no licenciado de la escuela a que asiste al alumno/a a tomar la medicación indicada en este formulario. Entiendo que debo firmar un formulario adicional si la cantidad de medicación a ser administrada cambia. También autorizo a la enfermera de la escuela a hablar con el doctor o farmaceuta en caso de alguna duda con respecto a la medicación.

La medicación debe de estar registrada con el director, sus asignados, o la enfermera de la escuela. Debe de estar en su contenido original, sin abrir, sellado y con el nombre del alumno colocado en forma que se pueda ver la etiqueta con el nombre del medicamento, nombre quien receto el medicamento, fecha, medida, intervalo de tiempo de administración, medio de administración y la fecha en que el medicamento expira.

Firma del padre/madre/tutor Fecha Teléfono Fax

AUTORIZACION A AUTO-ADMINISTRACION

Autorizo y recomiendo mi hijo/hija la auto-medicación de la medicina registrada en este formulario. También afirmo que mi hijo/hija ha visitado un medico el que instruyo como administrarse la medicina prescripta recomendada. Asegurare y mantendré inocua a la escuela, los agentes de la escuela, y el consejo de educación local contra cualquier reclamo que pueda surgir relacionado con la automedicación de una medicación prescripta a mi hijo/hija.

Firma del padre/madre/tutor Fecha Teléfono Celular