



Escuela _____

1.	Primer Nombre Legal	Apellido Legal	
	Fecha de nacimiento	Grado	Nombre de la Maestra (para estudiantes de K-5)
	Mes Día Año		

Lea las siguientes declaraciones y proporcione sus iniciales como aprobación o reconocimiento. El estudiante puede completar si tiene 15 años o más.

- Todos los medicamentos deben estar en su envase original más nuevo y con etiquetas precisas.** _____ Iniciales
- El padre/Tutor o el Estudiante es responsable de proporcionar los medicamentos necesarios, mantener el suministro manteniéndolo alejado de otros estudiantes. _____ Iniciales
- El estudiante debe ser competente en términos de desarrollo y comportamiento para autoadministrarse medicamentos y se deben exigir medicamentos para que el estudiante permanezca en la escuela. _____ Iniciales
- El padre/tutor o el estudiante acepta la responsabilidad de notificar por escrito a la enfermera de la escuela o al personal de la oficina principal de la escuela sobre cualquier cambio en la medicación del estudiante durante el año escolar y después de la fecha que se muestra en este documento. Los cambios en la etiqueta de la receta o en las instrucciones del envase deben realizarse por escrito del proveedor de atención médica. _____ Iniciales

6.	Nombre del Medicamento		Tipo		Si el medicamento es recetado, por favor proporcione el número de RX
			<input type="checkbox"/> No prescripción <input type="checkbox"/> Prescripción <small>* Se requiere aprobación del administrador. aprobación de enfermera registrada requerido solo para Rx.</small>		
	Fecha de Inicio		Fecha Final		Hora del día a administrar
	Mes Día Año		Mes Día Año		
Dosis		Frecuencia (con qué frecuencia)	Vía de Administration		
			<input type="checkbox"/> Boca <input type="checkbox"/> Oreja <input type="checkbox"/> Ojo <input type="checkbox"/> Nariz <input type="checkbox"/> Piel <input type="checkbox"/> Inj.		
Razón del Medicamento			Instrucciones Especiales		

7. **7. Firma del padre/tutor o estudiante (si tiene 15 años de edad o más) de autorización**

Verifico que la información de salud anterior sea precisa y completa, y entiendo que es mi responsabilidad notificar a la oficina de la escuela por escrito de inmediato sobre los cambios en esta información. Esta autorización se aplica únicamente a los medicamentos enumerados anteriormente y a la duración del tratamiento o al año escolar. Esta autorización proporciona permiso para intercambiar información, según sea necesario, entre la enfermera de la escuela, el personal de la escuela y/o el proveedor de salud del estudiante.

Padre/Tutor o Firma del alumno: _____ Padre/Tutor o Firma del alumno: _____	Fecha: _____ Teléfono: _____
--	---

8. **Indicaciones del Médico** Para cualquier medicamento sin receta que no esté aprobado por FDA

Entiendo que el medicamento anterior no está aprobado por la FDA y, por lo tanto, necesito esta orden escrita y firmada de un proveedor aprobado. Mi firma afirma que este medicamento es necesario para que el estudiante mencionado anteriormente permanezca en la escuela.

Nombre del proveedor (impreso): _____ Firma del proveedor (o sello): _____	Fecha: _____ Teléfono: _____
---	---

