



Escuela

1	Primer Nombre Legal	Apellido Legal	
	Fecha de nacimiento  Mes Día Año	Grado	Nombre del maestro (para estudiantes de K-5)

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

2. Todos los medicamentos deben estar en su envase original más nuevo con etiquetas precisas.

Iniciales

3. El Padre/tutor o el estudiante es responsable de proporcionar los medicamentos necesarios y mantener el suministro como sea necesario.

Iniciales

4. El Padre/tutor o el estudiante es responsable de recoger todos los medicamentos no utilizados antes del último día de clases a menos que se especifique lo contrario. Todo

Iniciales

medicamento dejado en la escuela será desechado.

5. El Padre/tutor o el estudiante acepta la responsabilidad de notificar a la enfermera escolar o a la oficina principal de la

Iniciales

escuela personal por escrito sobre cualquier cambio en el medicamento 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 ser por escrito del proveedor de atención médica.

6.	Nombre del medicamento	Tipo	Si el medicamento es con receta, proporcione el número de RX
	Fecha de Inicio	<input type="checkbox"/> No Prescripción <input type="checkbox"/> Prescripción Fecha Final	Hora del Día a Administrar
	Mes Día Dosis (cuánto)	Año Mes Frecuencia (con qué frecuencia)	Día Año Vía
	Motivo de la Medicación	<input type="checkbox"/> Boca <input type="checkbox"/> Oído <input type="checkbox"/> Ojo <input type="checkbox"/> Nariz <input type="checkbox"/> Piel <input type="checkbox"/> Lesión Instrucciones Especiales	

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

Verifico que la información de salud anterior es 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 solo al medicamento mencionado anteriormente y a la duración del tratamiento o 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 atención médica de mi estudiante.

Fecha: \_\_-\_\_-\_\_

Firma del Padre/Tutor o  
Estudiante: \_




\* Se requieren dos firmas para el monto original recibido y las recargas posteriores (pueden ser con los padres o el personal). Si el medicamento se transfiere al maestro para una excursión, se requieren las firmas de la oficina y del maestro al momento del registro de salida y nuevamente al momento del registro de entrada.