



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA MEDICAMENTOS CON RECETA

ESCUELAS PÚBLICAS DE CHILTON



ORDEN DEL MÉDICO PARA MEDICACIÓN

Nombre del estudiante: _____ Fecha: _____ Grado: _____

Maestro: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del médico: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

PARA QUE EL MÉDICO COMPLETE: Para que el personal de la escuela pueda administrar el régimen de medicamentos, Si ha prescrito algún medicamento, por favor complete la siguiente sección de este formulario. Las sustancias que no estén aprobadas por la FDA requerirán una orden médica.

Nombre del medicamento	Dosificación	Hora del día para tomar	Término: Largo o corto

Nombre del medicamento y efectos secundarios a tener en cuenta: _____

Indique si el medicamento anterior es un medicamento PRN _____

Las condiciones bajo las cuales se debe administrar medicación según sea necesario son: _____

Firma del médico: _____ Fecha: _____

PADRE/TUTOR: (Complete la parte superior del formulario, después de que el médico de su hijo haya completado la sección central debes firmarla y devolverla a la oficina de la escuela).

Por la presente doy mi permiso al personal escolar designado por el director de la escuela para administrar medicamentos a mi hijo de acuerdo con las instrucciones escritas del médico como se muestra arriba.

También acepto por la presente dar mi permiso al director de la escuela o su designado para que se comunique con el médico del niño.

Además, acepto eximir de responsabilidad al Distrito Escolar de Chilton y a todos los empleados ante cualquier reclamo que surja de la administración de este medicamento en la escuela y/o en excursiones escolares.

Acepto notificar a la escuela por escrito al finalizar esta solicitud o cuando sea necesario realizar cualquier cambio en lo anterior.

TENGA EN CUENTA

Cualquier medicamento que se lleve a la escuela debe estar en un envase de farmacia con etiqueta duplicada. Se requiere que un padre o tutor legal entregue el medicamento directamente a la enfermera de la escuela o al miembro del personal designado.

Firma del padre/tutor

Número de teléfono

Fecha