



Autorización para la Administración de Medicamentos

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Año Escolar: _____ Escuela: _____ Teléfono: _____
Maestro: _____ Grado: _____

****A SER COMPLETADO POR UN MÉDICO CON LICENCIA O PRESCRIPTOR****

- 1. Nombre de la Medicina: _____
- 2. Razón por la que toma la medicina: _____
- 3. Dosis: _____ Hora a la que se le debe dar: _____
- 4. Duración del medicamento (semana, mes, indefinido, etc): _____
- 5. Efectos secundarios? (encierra en un círculo) Sí / No.
Si es sí, especifique: _____
- 6. Forma del medicamento/tratamiento: Tableta Líquido Inhalador Inyección Nebulizador
 Otro: _____
- 7. Requisitos de almacenamiento: Ninguno Refrigerar

FIRMA DEL MÉDICO QUE PRESCRIBE	NOMBRE EN IMPRENTA	FECHA
DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX

****A SER COMPLETADO POR EL PADRE/GUARDIÁN****

Por la presente solicito y doy mi permiso para que la escuela mencionada anteriormente administre el medicamento recetado en este formulario. Los medicamentos recetados deben tener adjunta la etiqueta de la farmacia y deben coincidir con la orden escrita del médico. El "medicamento de venta libre", debe estar en el envase original sin abrir. Todos los medicamentos deben ser traídos a la escuela por un adulto. Además, entiendo que seré responsable de recoger cualquier medicamento restante al final del año escolar; NO se enviarán medicamentos a casa con los estudiantes. Cualquier medicamento que quede después de finalizado el año escolar se desechará utilizando el procedimiento adecuado. La enfermera de la escuela puede consultar con el prescriptor con respecto a este medicamento. Los cambios en la hora y/o la dosis del medicamento requieren una autorización por escrito del médico prescriptor autorizado y del padre / guardián.

Este formulario vence al final del año escolar actual (incluyendo las clases de verano).

FIRMA DEL PADRE/GUARDIÁN	FECHA
--------------------------	-------

AUTO ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA ASMA, ANAFILAXIA, DIABETES, Y CONVULSIONES
(Complete SÓLO si prescribe estos medicamentos para que los lleve el estudiante)

****A SER COMPLETADO POR EL MÉDICO CON LICENCIA/PRESCRIPTOR****

- El estudiante ha sido instruido y es capaz y responsable de administrarse la medicina por sí mismo: Sí No
- Este estudiante puede llevar el medicamento consigo: Sí No

FIRMA DEL MÉDICO QUE PRESCRIBE (REQUERIDO)	FECHA
--	-------

EL DISTRITO ESCOLAR NO TENDRÁ RESPONSABILIDAD COMO RESULTADO DE CUALQUIER LESIÓN QUE SURJA DE LA AUTOADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR MI ESTUDIANTE / HIJO. DE CONFORMIDAD CON LA LEY DE OKLAHOMA, ENTIENDO QUE SE ME REQUIERE PROPORCIONAR A LA ESCUELA UN SUMINISTRO DEL MEDICAMENTO PARA CASOS DE EMERGENCIA.

FIRMA DEL PADRE/GUARDIÁN	TELÉFONO	FECHA
--------------------------	----------	-------