



**PADRE/TUTOR PERMISO PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS**

Nombre el estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
Escuela: \_\_\_\_\_ Año escolar: \_\_\_\_\_ Maestro/Consejero: \_\_\_\_\_

**DEBE COMPLETADO POR LOS PADRES/TUTORES**

**Los padres/tutores deben firmar el REGISTRO DE MEDICAMENTOS DEL ESTUDIANTE para la cantidad que se entrega a la escuela.**

**Todos los medicamentos deben ser entregados en su envase original nuevo**

**Todos los medicamentos deben ser entregados y recogidos por un padre o adulto legalmente responsable.**

**AUTORIZO AL PERSONAL DE LA ESCUELA PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS A MI HIJO/A POR LO SIGUIENTE:**

Medicamento (qué): \_\_\_\_\_

Dosis (cuánto): \_\_\_\_\_

Frecuencia (cada cuánto tiempo): \_\_\_\_\_

Hora del día (cuándo): \_\_\_\_\_

Duración: Fecha de comienzo \_\_\_\_\_ Fecha de término \_\_\_\_\_

Ingerir por:     Boca     Oído     Ojo     Nariz     Piel     Inyectable

Razón de la medicina: \_\_\_\_\_

Instrucciones especiales: \_\_\_\_\_

- Sin receta médica
- Receta
- Por favor, permitan a mi estudiante de llevar y tomar este medicamento. (Se debe completar la ficha de automedicación. Estudiantes de los grados K-8 deben necesitar medicamentos de acceso inmediato). \*

\*Estudiantes de todos los grados requieren la autorización de un administrador de la escuela y de los padres. Se requiere el permiso de la enfermera de la escuela para los estudiantes del K-8 que toman sus medicinas por sí mismos.

Entiendo que:

- 1) Soy responsable de proporcionar el medicamento en su envase original, con la etiqueta de acuerdo a las normas del consejo escolar y las reglas administrativas;
- 2) Soy responsable de mantener el suministro como sea necesario y que debo completar un nuevo formulario con los cambios de prescripción (dosis, frecuencia, número de prescripción, etc.);
- 3) Soy responsable de notificar a la escuela por escrito de cualquier cambio.;
- 4) tengo la obligación de recoger todos los medicamentos no utilizados para el último día de clase. Entiendo que todo medicamento que queda en la escuela será desechado adecuadamente.

Nombres de Padres/Tutores escritos en letra imprenta: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma de Padres/tutores: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Esta autorización sólo se aplica a los medicamentos antes mencionados y por la duración del tratamiento o año escolar. Este también autoriza el intercambio de información, como sea necesario, entre la enfermera del distrito, el personal apropiado de la escuela, y/o el profesional de salud de hijo/a.*