

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE WATERTOWN

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE MEDICAMENTOS

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____
Peso: _____ Escuela: _____ Grado: _____

Esta sección debe ser completada por el padre/tutor

Medicamentos sin receta

Nombre del medicamento: _____
Dosis: _____
Hora de entrega: _____ (o)
Condición bajo la cual se debe administrar el medicamento: _____
Motivo de la medicación: _____
Duración de la medicación: _____
Posibles efectos secundarios: _____
Comentarios: _____

Aunque la aspirina es un medicamento sin receta, no se administrará a ningún estudiante sin la autorización por escrito del proveedor médico de su hijo

Esta sección debe ser completada por el médico

Prescripción médica

Nombre del medicamento: _____
Ruta: _____
Dosis: _____
Hora de entrega: _____ (o)
Condición bajo la cual se debe administrar el medicamento: _____
Motivo de la medicación: _____
Duración de la medicación: _____
Posibles efectos secundarios: _____
Comentarios: _____
El estudiante puede llevar consigo el inhalador/EpiPen: ____ sí, ____ no
Firma del médico: _____ Teléfono: _____ Fecha: _____

PARA TODOS LOS MEDICAMENTOS

*Los estudiantes pueden llevar consigo EpiPens e inhaladores si lo aprueban los padres/tutores y el médico. Todos los demás medicamentos deben guardarse en un área designada en la oficina de la escuela/sala de salud.

Ubicación de EpiPen: _____ Ubicación del inhalador: _____
El estudiante puede llevar consigo el Inhalador/EpiPen (iniciales del padre): ____ sí ____ no
Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____
Medicamento discontinuado-Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

Todos los medicamentos deben venir en el envase original con el nombre del estudiante

PARA TODOS LOS MEDICAMENTOS

Firma de la enfermera

escolar/verificado: _____ Fecha: _____