



Terrell Independent School District

Where Students Come First

Petición del Padre/Médico para Administración de Prescripción Medicina por el Personal de la Escuela

Medicina puede ser administrada por el personal de la escuela si:

1. Dicho tratamiento nada más que puede tener lugar durante las horas de la escuela
2. Esta planilla completada es recibida junto con la medicina
3. La medicina es recetada por un médico/dentista, está en el envase original con la etiqueta de la farmacia – por favor pídale al farmacéutico que le dé dos envases de la medicina con sus etiquetas—una para el hogar y otra para la escuela

Fecha de la petición: _____

I D# _____

Escuela: _____

Maestro/Grado: _____

Nombre del alumno: _____

Fecha de nacimiento: _____

Medicina: _____ Fecha de Vencimiento: _____ Dosis: _____

(cada medicamento requiere una nueva forma)

¿Es ésta la primera dosis de una medicina nueva que no le ha sido dada a su niño previamente? **SÍ** **NO**

Hora de tomarla: _____ Fechas de tomarla: _____

Fecha de terminarla: _____ Alergias previas a medicinas _____

Razón por la que la medicina es requerida: _____

Instrucciones especiales/Precauciones/Efectos secundarios de la medicina: _____

Nombre del médico: _____ **Teléfono:** _____

***Firma del médico:** _____

Mi firma debajo indica que le pido al personal de TISD que le dé la medicina especificada arriba a mi niño y le doy permiso al personal de TISD a hacer contacto con el médico para información adicional si es necesario. También doy mi permiso para que la información sobre esta medicina sea compartida con el personal de la escuela que tenga necesidad de saberlo.

Firma del Padre/Guardián: _____ Correo electrónico: _____

Teléfono del domicilio del padre: _____ Teléfono del trabajo: _____