Marengo Community High School
Solicitud de la Administración de Medicamentos

Los medicamentos no pueden ser administrados en la escuela excepto por la orden por escrito del médico y por la solicitud por escrito del padre o representante. De ser posible, se pide que la administración de los medicamentos sea programada de tal modo de que no sea requerida durante las horas de clase.

_____	_____	_____
Nombre del/a estudiante	Año	Nombre del Padre

The following section is to be filled out by the physician: (Ha de ser completado por el/la médico)

Name of Medication _____ Dose_____ Route_____

Purpose of Medication _____

Diagnosis Requiring Medication _____

Time/Frequency to be administered at school _____ a.m./p.m. Termination date _____

¿Puede el estudiante auto administrarse el inhalador? □ sí □ no
¿Puede el estudiante auto inyectarse con el EpiPen? □ sí □ no

_____
Physician's Printed Name

_____	_____	_____
Signature of Physician	**Date**	**Phone Number**

La Junta de Educación cree que los medicamentos deberían ser administrados en casa. No obstante, bajo ciertas circunstancias, por el bien educacional y la salud del/a estudiante, conviene tomarse medicamentos recetados durante las horas de clase. En tales casos el medicamento debe llevarse a la escuela en el envase original de la receta, claramente etiquetado con el nombre del/a estudiante, el nombre del fármaco, la dosis, la vía, las indicaciones, y el nombre del/a médico. El/la estudiante es el/la responsable de ir a la oficina de la enfermera para tomarse la medicina. La enfermera de la escuela o algún designado por el Director (Principal) le dispensará el medicamento.

El padre/representante asume la responsabilidad para informar a la escuela acerca de cualesquier cambios de la salud o del medicamento de su hijo/a. Cualquier cambio del medicamento requiere de la presentación a la escuela de otra Solicitud de la Administración de Medicamentos. Las formas para la administración a largo plazo de medicamentos deben presentarse al principio de cada año escolar. El distrito escolar se reserva el derecho de negar solicitudes de la administración de medicamentos.

Solicitud por parte del Padre de la Administración de Medicamentos

Pido que la Marengo Community High School del Distrito 154 dispense a mi hijo/a _____ el medicamento referido arriba, de acuerdo a las indicaciones del/a Dr/a. _____.

_____	_____
Firma del padre/representante	Fecha