

AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICINA EN LA ESCUELA

Una medicina por página

Yo, el padre o tutor de _____, autorizo a los empleados del distrito de las Escuelas Públicas de Gibbon de administrar esta medicina al estudiante de arriba.

Estoy de acuerdo en proveer la medicina que será administrada, en el envase con la etiqueta de receta mas actual, incluyendo el nombre del estudiante, el nombre del doctor, nombre de la medicina, dosis y fecha. En caso de que medicina sin receta sea necesaria, estoy de acuerdo en proveer la medicina en el envase original. **Estoy de acuerdo en obtener notas del doctor sobre la medicina, dosis, ruta y hora para así evitar mal uso, abuso, o interacción de drogas con otras medicinas.**

Estoy de acuerdo en consultar al doctor acerca de cualquier efecto secundario que la medicina administrada pudiera tener y de informar al personal de la escuela de dicho efecto secundario y procedimientos que deben seguirse si tal efecto secundario ocurre.

Estoy de acuerdo que ésta autorización está limitada a solo la medicina aquí identificada. Quedamos de acuerdo a que si medicinas adicionales son recetadas, se me requerirá autorización adicional.

Queda de acuerdo que autorización para administrar las medicinas identificadas aquí es limitada a solo este año escolar.

Yo notificaré al distrito escolar inmediatamente de la terminación de autorizar la administración de la medicina aquí identificada. Si hay un cambio en la administración de la medicina, yo le proveeré a la escuela instrucciones del doctor por escrito, o traeré un nuevo envase con la etiqueta apropiada.

Yo doy permiso a la enfermera de la escuela de obtener una orden verbal o por fax del doctor respecto a la medicina aquí identificada.

MEDICINA AUTORIZADA DE SER ADMINISTRADA POR EMPLEADOS DEL DISTRITO ESCOLAR

Nombre de Med

Dosis (ponga solo dosis que seran dadas en la escuela) Forma (oral, inhalacion, etc.)

Hora

Medicina controlada que será administrada a su hijo(a) en la escuela será traída a la escuela y entregada por la siguiente persona(s)(por favor marque la correcta) uno de los padres/tutor _____; el estudiante _____; otro _____.

Autorización dada este ____ día de _____, 20__ para el año escolar 20__ al 20__.

padre/tutor

Fecha

Firma del