

AUTORIZACIÓN PATERNA PARA ADMINISTRAR MEDICINAS NO RECETADAS
O
MEDICINAS RECETADAS POR UN CORTO TIEMPO (que se deben de tomar menos de 14 días)

Nombre del estudiante _____ # de ID _____

Fecha de nacimiento _____ Escuela _____ Año escolar _____

Nombre de la medicina _____ Dosis _____

Hora en que se debe de administrar _____

Instrucciones especiales/razón por la que se toma la medicina _____

¿Se llevará el estudiante esta medicina y se la tomará en su salón? Sí No

No se les permite a los estudiantes llevar consigo sustancias controladas (por ejemplo Tylenol #3) y se les requerirá que vayan a la Oficina de Salud a tomar cualquier medicina clasificada como sustancia controlada.

Si se selecciona Sí: Nosotros entendemos que nuestro niño será responsable por llevar consigo y por tomar su propia medicina y que nuestro niño está únicamente autorizado para llevar consigo un día de suministro de medicina en su frasco con la ETIQUETA ORIGINAL que indica el nombre de la medicina y la dosis de ésta, o las recomendaciones para la dosis.

Un estudiante que requiere medicinas que no son de receta más de 3 veces al mes, o más de 3 días consecutivos debe de ser considerado para que reciba una evaluación médica.

Firma del padre o guardián _____ Fecha: _____

Números de teléfono: _____

Firma de la enfermera escolar: _____ Fecha: _____

Fecha: _____ medicina traída para guardarse en la OFICINA DE Salud.

Fecha de caducidad _____

Cantidad de medicina _____ (Dos adultos cuentan la medicina y la anotan)

Firma de la persona que la cuenta

Firma de la persona que la cuenta

Instrucciones para el fin de año escolar:

Yo recogerá cualquier medicina que no se haya tomado el último día de escuela (la medicina se destruirá si usted no la recoge para el final del día.

Por favor destruya cualquier medicina que no se haya usado para el último día de escuela

Fecha: _____ Medicina recogida destruida al final del año escolar

Firma de la persona que regresa o destruye la medicina

Firma de la persona que recoge o destruye la medicina

LISTA INDIVIDUAL DE MEDICINAS DE RECETA, A CORTO TIEMPO Y SIN RECETA

Nombre del estudiante _____ # ID _____

Fecha de nacimiento _____ Escuela _____ Año escolar _____

Nombre de la medicina: _____ Dosis: _____

Hora para administrarla/instrucciones: _____

Firma e iniciales de la enfermera

Firma e iniciales de la enfermera

Asistente de salud e iniciales

Firma del miembro del personal e iniciales

Firma del miembro del personal e iniciales

Firma del miembro del personal e iniciales

FECHA	HORA	INICIALES	¿FUERON NOTIFICADOS LOS PADRES?	FECHA	HORA	INICIALES	¿FUERON NOTIFICADOS LOS PADRES?