



Permiso para Administrar Medicamento

Nombre del Estudiante:		Foto:
Fecha de Nacimiento:	Grado/Maestro/a:	
Medicamento:		
Dosis:	Ruta:	
Propósito del medicamento:		
Hora en que el medicamento se administrara en la escuela:	Frecuencia (ejemplo: a diario)	Note los requisitos especiales de almacenamiento: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Refrigeración <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique):
Numero previsto de días que el medicamento será suministrado en la escuela: <input type="checkbox"/> Hasta final del corriente año escolar. <input type="checkbox"/> _____ semanas <input type="checkbox"/> _____ días	¿Tiene su hijo/a alergias hacia algún alimento, medicamento, u otros objetos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (anote las alergias)	
Consideraciones especiales/instrucciones:		
Posible efectos secundarios:		
Nombre del Médico que prescribe:		

\_\_\_\_\_  
Firma del médico

\_\_\_\_\_  
Fecha

\*\*\*La firma del médico es necesaria si el medicamento será administrado en la escuela más allá de los 30 días.

CONSENTIMIENTO DE PADRES

Yo por este medio autorizo a que mi hijo reciba medicamentos en la escuela como se ha indicado arriba. Yo entiendo que es mi responsabilidad proveer este medicamento incluyendo el transporte seguro y entrega de este medicamento a la escuela. Yo autorizo a la enfermera escolar y a la oficina del médico para que tengan comunicación con respecto a los medicamentos de mi hijo.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

