

Escuelas Públicas de Gilbert
Departamento de Servicios de Salud

SOLICITUD DE ADMINISTRACIÓN EN LA ESCUELA DE MEDICAMENTOS CON PRESCRIPCIÓN

Para que los niños reciban medicina cuando están en la escuela, se debe llenar el siguiente formulario (ambas partes A y B) y devolverlo a la escuela antes de su administración.

Año Escolar: _____ - _____

A. Solicitud de los padres para dar medicamentos en la escuela (Para ser llenado por el padre de familia o tutor legal).

Solicito que un miembro del personal designado le dé a mi hijo(a), _____
Nombre del Estudiante

el medicamento prescrito por nuestro proveedor de cuidado de la salud _____
Nombre del Proveedor

El medicamento debe ser proporcionado por mí y debe estar en el envase original de la farmacia con la etiqueta que corresponda a la orden escrita del médico. Si ocurre cualquier cambio en el medicamento o en la dosis, la escuela debe ser notificada inmediatamente y se debe llenar un nuevo formulario. El mal uso de los medicamentos por parte del estudiante al administrárselo él mismo, resultará en la confiscación y una acción disciplinaria. Yo autorizo al médico a hablar con la Enfermera Registrada con respecto a mi hijo(a) y a este medicamento.

DOY NO DOY mi consentimiento para transmitir los expedientes médicos de mi hijo(a) electrónicamente.

Firma del Padre de Familia o Tutor Legal

Fecha

Teléfono del Trabajo

Teléfono de la Casa

Correo Electrónico o Número de Fax

B. Health Care Provider's Order for Medication at School (To be filled out by Provider)

I request the following student be given medication at school because I believe there exists a valid health reason which makes the administration of medication advisable during the time a student is under supervision of school officials.

Student's Name

Birthdate

Condition being treated

Medication to be administered

Dosage and mode of administration

Time to be given at school

Inclusive dates during which medication is to be given

Side effects to be expected. What emergency measures should be taken if this occurs?

Other medications being taken at home or at school

Health Care Provider's Name (Print)

Health Care Provider's Signature

Address

Date

Health Care Provider's Phone #

Health Care Provider's Fax #

