

CONSENTIMIENTO PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

Prescripción de Corto Plazo Inhalador – No para Llevarlo Consigo Medicamento de Venta Sin Receta

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Grado _____

de Identificación del Estudiante _____ Escuela _____

Maestro(a) (Primaria Únicamente) _____ Salón # _____

Medicamento _____

Razón para el Medicamento _____ Text _____

Dosis _____

Hora del Día a ser administrado _____

Duración _____ a _____

Nombre del Médico _____

Teléfono del Médico _____ Fax del Médico _____

YO DOY NO DOY consentimiento específicamente para la transmisión de los expedientes médicos de mi hijo(a) a través de un facsímil (fax).

Doy mi consentimiento para que el personal designado por la escuela administre el medicamento anotado. Todos los medicamentos deben ser entregados personalmente por un adulto y en su recipiente original.

Nota: Se requiere el permiso del médico para que el medicamento sea administrado por un período más amplio o una cantidad que no sea la indicada en la etiqueta.

Yo autorizo al médico a hablar con la enfermera registrada con respecto a mi hijo(a) y este medicamento.

Firma del Padre de Familia o Tutor Legal Número de Teléfono del Padre de Familia o Tutor Legal Fecha

Nota de la Enfermera _____

Fecha	Cantidad	Firma de RN y Otros