

Seymour Community Schools

FORMA DE AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTO/TRATAMIENTO

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Grado: _____

La sección siguiente deberá ser completada por uno de los padres o tutor legal:

Menciona la condición de salud de su hijo/a y alergia: _____

Nombre del medicamento: _____

Medicamentos administrados por la escuela

Fecha de caducidad: _____ Cantidad a administrar: _____ Hora a administrar: _____

Fecha de inicio: _____ Fecha en que se firmó la forma

Fecha de término: _____ Final del año escolar

Por favor ponga sus iniciales a continuación para dar permiso para administrar los siguientes medicamentos y autorice la administración con su firma en la parte de abajo. Los medicamentos serán administrados de acuerdo con la política de la escuela:

_____ Antiácido _____ Protector solar _____ orajel

_____ Pastillas para la tos _____ Pomada antibiótico _____ Loradamed (alergia)

_____ Ibuprofeno _____ Tylenol _____ pepto-Bismol

(solo para edades de 12 en adelante)

Medicamento recetado DEBERÁ estar en la botella original con su etiqueta. En la etiqueta tiene que tener el nombre del niño (a), nombre del medicamento, la cantidad que se le va a administrar, nombre del doctor, nombre de la farmacia y el número de teléfono.

Medicamento sin receta DEBERÁ estar en la botella original y deberá estar marcado con el nombre del estudiante. La cantidad que se le va a administrar al estudiante no se puede exceder de la dosis especificada en la etiqueta sin la autorización de un médico. No se administra aspirina productos con aspirina y/o productos naturopáticos (de herbolaria natural) sin la orden de un médico.

Por la presente, doy permiso a la enfermera de la escuela, al director o al personal capacitado designado por la escuela para ayudar a la administración del medicamento prescrito y / o tratamiento para mi estudiante mientras está en la escuela y fuera de la escuela mientras participa en actividades escolares oficiales.

Firma del padre/tutor: _____ Relación: _____ Fecha: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____ Celular: _____