

Si es necesario que un estudiante tome medicamentos o reciba tratamiento durante el día en la escuela, el padre o tutor legal debe completar esta solicitud para mantenerlo en la enfermería de la escuela. Si el medicamento o tratamiento es recetado por el médico, el padre o tutor legal debe presentar una prescripción escrita por parte del médico del estudiante, o el membrete de la farmacia en vigencia, con la solicitud. Es también necesaria una orden del médico para las muestras de una prescripción que podía haber sido entregado al estudiante, o para cualquier medicamento sin receta que no es aprobado para estudiantes menores de los doce años de edad.

Todos los medicamentos sin receta deben permanecer en el envase original con el nombre y la fecha de nacimiento del estudiante. Se seguirá las instrucciones del membrete para todas las medicinas sin receta a no ser que haya sido prescrita por un médico.

Autorización del Padre o Tutor Legal

Solicito que el medicamento descrito a continuación sea administrado a mi hijo(a)/hijo(a) de crianza a las horas especificadas durante el día en la escuela. Yo entregaré a la enfermera el medicamento en su envase original o botella de prescripción vigente.

Entiendo que el padre o tutor legal llevará a la escuela y a la casa, todos los medicamentos. Se deben recoger los medicamentos para el último día de clase, o los mismos serán desechados.

Autorizo a mi hijo(a) del grado 9-12 traer a la casa el resto de cualquier medicamento no administrado.

Entiendo que se debe completar un formulario separado para cada medicamento. Esta solicitud se mantiene vigente para un año escolar y debe ser renovada anualmente o cuando haya un cambio en el medicamento.

Entiendo que este medicamento será administrado a mi hijo(a) sólo por miembros autorizados del personal y será mantenido en un lugar seguro dentro de la clínica escolar.

Para los medicamentos que requieren refrigeración, reconozco que si bien los medicamentos de mi hijo(a) se almacenan en la clínica de la escuela, la corporación escolar y Community Health Network no asumen responsabilidad por la variación de temperatura que pueda resultar en la pérdida de la viabilidad del producto. El padre / tutor será responsable del reemplazo del producto. Las temperaturas del refrigerador se monitorean diariamente en los días escolares.

 Nombre del Estudiante (Imprima) Fecha de Nacimiento del Estudiante: _____ / _____ / _____
 Mes Día Año

 Nombre del Medicamento Con Prescripción _____ Sin Prescripción _____

 Días a administrar el Medicamento Hora(s) para administrar _____ a.m. _____ p.m.

 Cantidad del Medicamento a administrar _____
 Propósito del Medicamento

 Firma de los padres /tutor _____
 Fecha

 Nombre (Imprima) _____
 # de Teléfono Primario / # de Teléfono Secundario