

Autorización para Administración de Medicamentos

Fecha: _____

He leído las “*Directrices para la administración de medicamentos en la escuela*”, y por este medio otorgo permiso para que el personal entrenado de la escuela _____ administre el siguiente medicamento a: _____

(Nombre del estudiante)

(Estudiante #)

(Grado)

(Fecha de nacimiento)

para el tratamiento de _____

(Diagnóstico médico)

Nombre del médico que prescribe: _____

Nombre del medicamento: _____

Dosis del medicamento: _____

Vía de administración: _____

Hora(s) en que el medicamento debe darse en la escuela: _____

Instrucciones especiales: _____

Posibles reacciones/efectos secundarios: _____

También otorgo permiso a la escuela para adjuntar una fotografía de mi niño(a) al registro del medicamento para propósitos de verificación de la identidad, y colocar información de salud a disposición del personal escolar respecto a la alergia severa y con riesgos para la vida de mi niño(a).

(Firma del padre/madre/encargado legal)

Nota: Dar al padre/madre/encargado legal copia de los “*Directrices para la administración de medicamentos en la escuela*”.