



Student Health Services

Servicios de Salud Estudiantil

AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICINA EN LA ESCUELA LOS PADRES DEBEN SUMINISTRAR LA MEDICINA PARA QUE SE GUARDE EN LA ESCUELA

Si puede darle la medicina en su casa, o fuera del horario escolar, por favor hágalo. Sin embargo, si es necesario hacerlo en la escuela, durante una excursión o una actividad escolar supervisada “antes” o “después” del horario normal de clases, se deberá completar este formulario.

NOMBRE DEL ALUMNO: _____

NOMBRE DEL MAESTRO: _____ GRADO: _____

ALERGIAS CONOCIDAS _____

Por la presente solicito al Sistema Escolar del condado de Fulton, a través del Director o la persona designada, que supervise/asista a mi hijo en la administración de su medicina, según las instrucciones especificadas a continuación.

Comprendo que:

- Las medicinas (recetadas o de venta libre) **deben** estar en su envase original, etiquetado (no en bolsitas, papel de alumno, etc.)
- El padre/madre/tutor legal debe entregar a la enfermería escolar la medicina, equipo relacionado y las instrucciones específicas sobre el uso.
- El padre/madre/tutor legal tiene la responsabilidad de informar a la escuela sobre cualquier cambio en la medicina. A menos que se llene un nuevo formulario, **no** se administrará una dosis diferente o un medicamento nuevo.
- Los padres o el alumno deberán llevar la medicina directamente a la enfermería o a la recepción de la escuela.
- La medicina que no se use se desechará a menos que se recoja dentro de la semana de haberse dejado de tomar.
- Los empleados escolares no asumirán responsabilidad alguna por supervisar o asistir en la administración de la medicina.
- Por haberse completado este formulario, los Servicios de Salud Estudiantil están autorizados para discutir esta orden/pedido de medicación con el médico que la/lo prescribió, en el caso que resulte necesario.

✓ Marque lo que corresponda: → Medicina con receta Medicina de venta libre

NOMBRE DE LA MEDICINA Y RAZÓN PARA TOMARLA: _____

DOSIS Y HORARIO DE ADMINISTRACIÓN: _____

CUANDO DEBE DEJAR DE TOMARLA: _____

Eximo al Consejo Escolar, la escuela, y a cualquier empleado escolar de toda responsabilidad por la administración de la medicina.

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL

FECHA

Teléfono (casa): _____ (trabajo): _____ (celular): _____

ESTA SECCIÓN DEBERÁ COMPLETARLA EL MÉDICO PARA TODAS LAS MEDICINAS PRESCRIPTAS
(Si el casillero de medicina con receta está marcado, el médico deberá llenar esta sección completamente y firmar)

AFECCIÓN/ENFERMEDAD QUE REQUIERE LA MEDICINA: _____

EFFECTOS SECUNDARIOS POSIBLES: _____

FIRMA DEL MÉDICO: _____

NOMBRE DEL MÉDICO Y TELÉFONO (*en imprenta*) _____

*Esta sección deberá completarla **SOLO** la enfermera/asistente/enfermera para casos especiales*

Fecha recibida: _____ Medicina: _____ # de dosis: _____ Fecha de venc.: _____

Fecha devuelta: _____