

Escuelas Del Condado De Fulton
Servicios médicos Del Estudiante

AUTORIZACIÓN DE DAR LA MEDICACIÓN EN LA ESCUELA

Si la medicación se puede dar en el hogar o después de horas de la escuela, por favor tan. Sin embargo, si la medicación debe ser dada durante horas de la escuela, en un disparo al campo o durante una escuela chaperoned "antes" o "después" de actividad de la escuela, este debe ser llenada el formulario.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

PROFESOR: _____ GRADO _____

ALERGIAS SABIDAS: _____

Solicito por este medio que Sistema escolar del condado de Fulton, con el principal o el designee, supervise/assist en administrar de la medicación a mi niño, según las instrucciones contenidas en la declaración abajo.

Entiendo eso:

- Medicaciones (prescripción y non-prescription) necesidad esté en la original etiquetó envase (ningunos baggies, hoja, etc.).
- Parent/guardian debe proporcionar específico instrucciones, así como la medicación y el equipo relacionado a la escuela/clínica.
- Será la responsabilidad del parent/guardian a informe a la escuela cualquier cambio con la medicación - medicación o nuevo nueva dosis no dése a menos que nuevo se llene el formulario.
- Toda la medicación se debe llevar directamente office/clinic del padre y/o del estudiante.
- La medicación inusitada será dispuesta a menos que esté tomada en el plazo de una semana después de la medicación se continúa.
- Los empleados de la escuela no asumirán ninguna responsabilidad por supervisión o el asistir a la administración de la medicación.
- Terminación de esta forma para la prescripción la medicación autoriza servicios médicos del estudiante a discuta la medicación order/request con prescribir abastecedor del cuidado médico si está indicado.

Círculo uno: Prescripción o non-prescription

(si la prescripción, tiene abastecedor del cuidado de physician/health completo y porción inferior de la muestra)

NOMBRE DE LA MEDICACIÓN Y DE LA RAZÓN PARA TOMAR: _____

DOSIFICACIÓN Y ÉPOCA DE LA ADMINISTRACIÓN: _____

PARE LA MEDICACIÓN ENCENDIDO: _____

CUIDADO DE PHYSICIAN/HEALTH ABASTECEDOR NAME/NUMBER: _____

Lanzo el tablero de la escuela, la escuela, y cualquier escuela empleado de cualquier responsabilidad por administrar esta medicación.

FIRMA DEL GUARDA DE PARENT/LEGAL FECHA

Teléfono Casero: _____ Teléfono Del Trabajo: Teléfono Del _____ Pager/Cell: _____

SER TERMINADO CERCA ABASTECEDOR DEL CUIDADO MÉDICO PARA LAS MEDICACIONES DE LA PRESCRIPCIÓN

CONDICION/ENFERMEDAD REQUERIR LA MEDICACION: _____

POSIBLE EFECTOS SECUNDARIOS, SI LOS HAY: _____

FIRMA DEL ABASTECEDOR DEL CUIDADO MEDICO: _____

Número De Office/Contact: FECHA del _____: _____

Ser terminado por Clinic Assistant/School Enfermera solamente:

Fecha Recibida: medicación del _____ # de dosis: _____

04/05 revisado

Esta es una traducción por computadora de la página web original. Se suministra como información general y no debe considerarse completa ni exacta.

