

SCVUSD # 35 FORMA PARA AUTORIZAR MEDICAMENTO

**ESTAS 2 FORMAS DEBEN REGRESARSE A LA OFICINA DE SALUD
CUANDO LOS MEDICAMENTOS CON O SIN RECETA
SEAN REQUERIDOS PARA EL ESTUDIANTE**

Nota para los Padres/Tutor Legal y Médico:

Al Personal del Distrito no le es permitido dar medicamentos de ninguna clase (con o sin receta) solamente si el padre o tutor legal lo autoriza por escrito, informando que el estudiante necesita el medicamento. La autorización del padre o tutor legal DEBE ser acompañada con la autorización del médico para medicamentos recetados o sin receta.

El Medicamento debe ser entregado a la escuela con la etiqueta intacta. El envase del medicamento debe tener claramente la etiqueta del médico o farmacia con la siguiente información: nombre del estudiante, fecha de nacimiento, nombre del médico, nombre del medicamento, razón para la administración, dosis, horario (fecha/tiempo), modo de empleo y fecha de caducidad deben estar claramente en la etiqueta del recipiente. Los medicamentos sin receta deben estar claramente en el recipiente original con la etiqueta y la dosis apropiada para la edad y el peso del estudiante.

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Escuela: _____ Grado: _____

Yo doy mi consentimiento para que se le administre al estudiante el medicamento indicado por el médico mientras el estudiante esté en la escuela. También entiendo que soy responsable de mantener un suministro adecuado del medicamento para la oficina de salud de la escuela para satisfacer las necesidades del estudiante.

Firma del Padre/Tutor Legal

Fecha

Nombre impreso del Padre/Tutor

Teléfono de Contacto
Primario

Teléfono de Trabajo

SCVUSD # 35 MEDICATION AUTHORIZATION FORM

For prescription and non-prescription medication, THE PHYSICIAN MUST COMPLETE THE FOLLOWING INFORMATION:

Student: _____ **DOB:** _____

* Medication: _____

* Strength of Medication: _____

* Dosage (amount to be given): _____

* Frequency/Time: _____

* Expiration/Discontinuation date: _____

* Reason Medication Prescribed: _____

* Precautions: _____

* Possible adverse reactions: _____

* Contradiction with any other medications or food: _____

* Emergency Treatment: _____

Signature of Physician

Date

PRINTED name of Physician

Office Phone

Fax