



Distrito Escolar Unificado del Valley de Santa Cruz #35

Autorización de los Padres Para la(s) Medicación(es) Aprobada(s)

Escuela: _____ Año: ____/____

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____

De Identificación del Estudiante _____ Grado _____

PARA SER LLENADO POR EL PADRE/TUTOR:

Nombre de la Madre: _____ Nombre del Padre: _____

Teléfono de la Madre: _____ Teléfono del Padre: _____

Teléfono del Trabajo de la Madre: _____

Teléfono del Trabajo del Padre: _____

Contactos en Caso de Emergencia: _____

Nombre del Medico: _____ Teléfono del Medico: _____

Doy permiso para que mi hijo(a) cargue y se administre el siguiente medicamento:

Se le ha instruido a mi hijo(a) sobre el uso apropiado de este medicamento y ha sido informado que compartir o administrar este (os) medicamento (s) a otro estudiante resultará en posible acción disciplinaria y posible revocación de este privilegio.

El medicamento debe estar claramente etiquetado con el nombre del medicamento y el nombre del estudiante.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Comentarios:

*Los medicamentos aprobados son: Inhalador y EpiPen. Otros medicamentos pueden requerir una orden de medico que debe acompañar este formulario.

Revised 11/20/19

David Y. Verdugo
Superintendent

Stephen Schadler
Assistant Superintendent

Melisa Lunderville
Assistant Superintendent