

Permiso para Administrar Medicina | Distrito Escolar # 518
SE REQUIERE FIRMA DEL DOCTOR PARA TODO MEDICAMENTO RECETADO

Prairie # 507-727-1250 Fax#507-727-1255
WHS # 507-376-6121 Fax# 507-372-4304
Learning Center #507-372-1322 Fax# 507-727-1125

WMS #507-376-4174 Fax # 507-372-1424
Intermediate # 507-727-1275 Fax# 507-727-1277

Estudiante: _____ Fec. de Nac.: _____ Grado: _____
Padre/Tutor: _____ Teléfono: _____ Tel. de Trabajo: _____

1. **Razón** para medicamento/tratamiento: _____
2. Nombre del **medicamento**: _____ Dosis: _____
() tableta/capsula () líquido () inhalador () nebulizador () otro _____
3. **Horario** en que se debe administrar el medicamento **EN LA ESCUELA**: _____
() con el almuerzo () según sea necesario
Administrar medicamento cuando () inicien las clases tarde () sea salida temprana de la escuela
4. Fecha de **inicio**: _____ Fecha de **terminación**: _____ () Hasta el final del año escolar
5. **Restricciones y/o efectos secundarios**: _____ () no se anticipa ningún efecto secundario/restricción

***doctor must fill this box (el doctor debe completar esta sección)*

Physician's Signature (for ALL prescription medications)	Date
<hr/>	
Physician name-printed	
Insulin, Epi-pens, & inhalers: I have assessed this student and found him/her to be both capable and responsible for SELF-ADMINISTERING/SELF CARRYING this medication (school district is not responsible for missed doses of medication):	
() not applicable () no () yes, with supervision () yes, unsupervised – may carry during school hours	
<small>**a photocopy of the prescription is acceptable in place of physician's signature unless the student is going to self-administer/self-carry the medication.</small>	

6. **Para los estudiantes que tomen más de una dosis al día**: Si se le pasa la dosis de la mañana, el personal escolar puede administrárselo, en la escuela. El **PADRE/TUTOR** debe de avisar a la escuela si se la pasa alguna dosis.

Autorizo al personal escolar para que haga los arreglos y administre el medicamento indicado en la parte de arriba (al menos que se haya indicado que el medicamento se puede administrar así mismo/llevar consigo). Comprendo que el medicamento debe de entregarse en el frasco con el sello sin abrir, proveniente de la farmacia o manufacturador. No se aceptarán medicinas in bolsas de plástico o sobres.

***Este aviso autoriza al personal escolar y a la oficina de este doctor de compartir información respecto a la condición de salud de este estudiante para brindarle un mejor cuidado durante horarios de escuela. Doy mi consentimiento para que la oficina médica de mi hijo(a) pueda enviar por fax este formulario a la escuela de mi hijo(a).

____ (iniciales) **Otorgo mi permiso para que la escuela envíe el resto del medicamento a casa, con mi estudiante, al final del ciclo escolar o cuando concluya su tratamiento. (El padre/tutor debe de recoger, en persona, sustancias controladas)**

Firma de Padre/Tutor

Fecha