

# Administración de Medicamentos Recetados

---

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Parent / Guardian nombre impreso: \_\_\_\_\_

Inicio: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Otro (s) para avisar en caso de emergencia medicación:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Alimentos o alergia a

medicamentos: \_\_\_\_\_

\* Diagnóstico:

\_\_\_\_\_  
\* Otros medicamentos tomados por el estudiante:

\_\_\_\_\_  
\* Para ser completado si no en la violación de la confidencialidad

Mi hijo / a recibirá el siguiente medicamento en la escuela:

\_\_\_\_\_  
Dosis: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_ Ruta: \_\_\_\_\_

Instrucciones específicas (si las hubiera):

\_\_\_\_\_  
Me consentimiento para que la enfermera de la escuela o personal escolar designado por la enfermera de la escuela administre el medicamento prescrito por:

Estudiante \_\_\_\_\_

Licenciado nombre del prescriptor \_\_\_\_\_

- ❖ Yo doy permiso para que mi hijo / hija para auto-administrarse la medicación, si la enfermera de la escuela determine que es seguro y apropiado. \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No
- ❖ Yo le doy permiso a la enfermera de la escuela para compartir información relevante para la administración de la medicación prescrita, ya que él / ella considere apropiado para mi hijo / hija de salud 's y la seguridad.
- ❖ Yo doy permiso a la enfermera de la escuela para comunicarse directamente con el prescriptor licencia con respecto a este medicamento.
- ❖ Yo entiendo que puedo recuperar el medicamento de la escuela en cualquier momento, sin embargo, el medicamento será destruido si no es recogido dentro de una terminación semana siguiente, del orden de una semana o más allá de la cerca de la escuela.

Padre / tutor Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_