

DISRITO INDEPENDIENTE ESCOLAR DE IRVING

Petición para administrar medicamentos que no requieren receta médica por parte del personal de la escuela

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Alergias diagnosticadas: _____

Medicinas actuales: _____

Historia médica significativa (embarazo, dar pecho, diabetes, etc.): _____

Medicamento que no requiere receta médica a ser administrado: _____

El medicamento debe estar en el recipiente original **sin abrir** con el nombre del estudiante.
Las etiquetas en los medicamentos que no requieren receta médica deberán designar sus
Contenidos como MEDICAMENTOS.

Razón por tomar este medicamento: _____

Dosis: _____

La dosis debe estar dentro de la cantidad recomendada según indicaciones en el etiqueta

Hora en la cual se debe dar: _____ Fechas en las cuales se debe dar: _____

Los medicamentos solamente se proporcionan en horas de escuela.

¿El estudiante ha tomado este medicamento anteriormente? _____

Fecha de caducidad del medicamento: _____

Se requiere una petición escrita por el médico si el medicamento se va a dar por más de cinco (5) días escolares consecutivos.

Número de teléfono de casa

Firma del padre/tutor

Número de teléfono de trabajo

Fecha

NOTA: POR FAVOR INDIQUE ABAJO SU PREFERENCIA RESPECTO A CUALQUIER PORCIÓN DE MEDICAMENTO NO USADO POR SU HIJO(A).

_____ El padre/tutor vendrá a recoger el medicamento

_____ Mande el medicamento a casa con el estudiante.

Fecha en que se recibió el medicamento: _____