

**SERVICIOS DE SALUD DEL DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE IRVING
SOLICITUD PARA QUE PERSONAL ESCOLAR ADMINISTRE
MEDICAMENTOS RECETADOS**

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____ #DE ESTUDIANTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

ESCUELA _____ MAESTRO(A) _____

NOMBRE DE LA MEDICINA _____ Fecha de caducidad _____

NOMBRE DE LA FARMACIA Y NÚMERO DE RECETA _____

DOSIS _____

HORAS EN QUE SE DEBE ADMINISTRAR EN LA ESCUELA (DURANTE HORAS ESCOLARES) _____

FECHA EN QUE SE EMPEZARÁ A ADMINISTRAR EL MEDICAMENTO _____

FECHA EN QUE TERMINARÁ DE ADMINISTRAR EL MEDICAMENTO _____

INSTRUCCIONES ESPECIALES, POSIBLES REACCIONES, SI ALGUNA _____

No se administrará ningún medicamento en el cual el tiempo indicado de la dosis haya pasado a menos que se reciba una autorización por escrito. Los medicamentos inhalados recetados pueden ser portados por el estudiante si el medico y el padre lo indican por escrito (usar el formulario 5.11 Inhaladores para Asma en la escuela).

Consentimiento Paternal: Doy mi consentimiento y autorizo al proveedor de servicios médicos a revelar información médica a la escuela, y a la escuela a revelar la información arriba mencionada a aquellos dentro del distrito escolar quienes tengan necesidad educacional legítima de saberla.

Los medicamentos serán administrados durante horas escolares solamente.

Número de teléfono (casa) _____

FIRMA DEL PADRE/GUARDIAN LEGAL

Número de teléfono (trabajo) _____

FECHA

NOTA: POR FAVOR INDIQUE DEBAJO SU PREFERENCIA CON RESPECTO A DESECHAR CUALQUIER PORCIÓN DEL MEDICAMENTO DE SU HIJO QUE NO SE USE

- _____ **EL PADRE RECOGERÁ EL MEDICAMENTO**
- _____ **ENVÍE EL MEDICAMENTO A CASA CON EL ESTUDIANTE**
- _____ **LA ESCUELA DESECHARÁ APROPIAMENTE CUALQUIER MEDICAMENTO RESTANTE AL FINAL DEL AÑO ESCOLAR**

Fecha en que se recibió el medicamento _____ Cantidad recibida _____ Fecha en que se archivó el Formulario _____

Por _____ Anotación en la computadora _____
Iniciales y fecha

Fecha de rellenar _____ Cantidad recibida _____ Recibido por _____

Fecha de rellenar _____ Cantidad recibida _____ Recibido por _____

Fecha de rellenar _____ Cantidad recibida _____ Recibido por _____

Fecha de rellenar _____ Cantidad recibida _____ Recibido por _____

Fecha de rellenar _____ Cantidad recibida _____ Recibido por _____

Fecha de rellenar _____ Cantidad recibida _____ Recibido por _____

Fecha de rellenar _____ Cantidad recibida _____ Recibido por _____

Fecha de rellenar _____ Cantidad recibida _____ Recibido por _____