



Autorización para la administración de medicación oral EN LA ESCUELA

Nombre del estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: Grado:

ESTA PARTE DEBE SER COMPLETADA POR EL MÉDICO / DENTISTA

Nombre del Medicamento Dosis Hora del Día _____

Los métodos de administración _____

Si PRN dado especificar la longitud de tiempo entre las dosis _____

inhaladores: _____

Indique si el estudiante debe llevar en su / persona

Los posibles efectos secundarios de la medicación _____

Procedimiento de emergencia en caso de efectos secundarios graves _____

Solicito y autorizo a que el estudiante arriba mencionado se administró el medicamento por vía oral antes identificado, de conformidad con las instrucciones indicadas desde _____ hasta _____ (que no exceda el año escolar actual) ya que existe una razón médica válida, lo que hace que la administración de la medicamento recomendable durante el horario escolar.

Fecha / Firma del médico Fecha / Firma del Dentista _____

Copia impresa del Nombre impreso Dentista _____

Número de teléfono: _____

ESTA PARTE DEBE SER COMPLETADA POR EL PADRE / TUTOR

Yo pido / autorizo a la escuela para administrar medicamentos a los estudiantes antes identificada, de acuerdo con las instrucciones de los médicos para el período comprendido entre _____ de _____ (que no exceda de año escolar en curso). Entiendo que cada esfuerzo será hecho por personal de la escuela para administrar el medicamento en forma oportuna.

La autorización para llevar inhalador:

Fecha / padre / tutor firma impresa del Padre / Tutor _____

Número de teléfono: _____