



AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA Y PASEOS

Parte A Para Completar el Padre

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Grado/Maestro: _____

Concedo permiso a la enfermera de la escuela o a un miembro del personal delegado para administrar medicación/tratamiento a mi hijo/a en la escuela, de acuerdo a como lo indica abajo el médico de mi hijo/a. Entiendo que debo suministrar cualquier medicación prescrita en su recipiente original y etiquetado.

También sé la necesidad y doy permiso para la apropiada comunicación entre el profesional de salud de la escuela y el médico prescriptor, con relación al tratamiento específico en cuestión, incluyendo la comunicación concerniente a: 1. La prescripción o tratamiento por sí solo (ej., preguntas con relación a la dosis, método de administración, potencial interacción de las drogas, tamaño del catéter para inserción de emergencia en el tracto de un tubo de gastrotomía suelto); 2. implementación del tratamiento en la escuela (ej., preguntas relacionadas a preocupaciones de seguridad, asuntos de control de infección, o modificaciones en el tratamiento relacionadas al ambiente escolar o a los horarios del estudiante); 3. resultados del tratamiento en el estudiante (ej., preguntas relacionadas a efectos secundarios observados, posibles reacciones adversas, observación de cambios de conducta en la salón de clases); 4. y otros asuntos pertinentes relacionados al diagnóstico, condición o tratamiento del estudiante.

Firma del Padre

Padre (Nombre en Imprinta)

Fecha de Hoy

Parte B Para Completar el Médico

Diagnóstico Actual: _____

MEDICACIÓN Y/O TRATAMIENTOS ORDENADOS POR EL MÉDICO: (por favor especifique)

Medicación / Tratamiento	Dosis	Tiempo / Frecuencia
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Instrucciones Especiales: _____

Firma del Doctor

Doctor (Nombre en Imprinta)

Fecha de Hoy

Número de Teléfono del Médico