



Autorización para Administrar Medicamentos Recetados

Alumno _____ Fecha de nacimiento _____

Escuela _____ Grado _____ Año _____

Padres/tutores 1: _____ Padres/tutores 2: _____

Teléfono (_____) _____ Teléfono (_____) _____

Trabajo (_____) _____ Trabajo (_____) _____

Esta autorización vencerá al final del ciclo escolar o después de la escuela de verano.

Consentimiento Paterno:

Doy mi autorización para que mi hijo/hija reciba medicamentos recetados durante las horas escolares.

Yo me haré responsable por lo siguiente:

1. Entregar a la oficina escolar el medicamento en frasco de la farmacia
2. Mantener suficientes provisiones del medicamento
3. Informar al personal escolar de cualquier cambio en el medicamento (dosis, hora)
4. Obtener una nueva forma del médico si hay cambio en la receta

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____

Health Care Provider's Order for Medication to Be Given at School

Medical Condition:		
Name of Medication: (generic and trade)		
Dosage of Medication:	_____ mg / cc / tsp _____ drops / puffs	Form: <input type="checkbox"/> Tablet / Capsule <input type="checkbox"/> Liquid <input type="checkbox"/> Inhaler <input type="checkbox"/> Nebulizer <input type="checkbox"/> Other _____
Route:	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Eyes <input type="checkbox"/> Ear <input type="checkbox"/> Nose <input type="checkbox"/> Topical <input type="checkbox"/> Rectal <input type="checkbox"/> Other _____	
Administration Time:	<input type="checkbox"/> Daily at: _____ <input type="checkbox"/> As needed - Describe frequency & symptoms for which medication should be given: _____ <input type="checkbox"/> May be repeated in _____ minutes/hours. <div style="text-align: center; font-size: small;">(time)</div>	
Possible Side Effects:		
For inhaled asthma medication ONLY:	<input type="checkbox"/> In my professional opinion, this student should be allowed to carry and use this medication by him/herself. <input type="checkbox"/> In my professional opinion, this student <i>SHOULD NOT</i> carry this medication by him/herself.	

Health Care Provider's Name (Please print) _____ Phone (_____) _____

Health Care Provider's Signature _____ Date _____

FOR SCHOOL USE

• Date received: _____

• Name of person(s) who will administer the Medication:

• Approved by: _____ (Principal's Signature) _____ (Date)

• _____ Referred for administrative review. Send to School District Nurse with your concerns about this authorization.