

**PARA: PADRES O GUARDIANES.**

La política de nuestra escuela es que todos los medicamentos con receta o sin receta que son dadas durante la hora de la escuela deben tener este formulario completado con el fin de administrar cualquier medicamento. Ningún medicamento será dado a menos que sea absolutamente necesario para la salud crítica y el bienestar del estudiante.

Todos los medicamentos enviados a la escuela deben estar:

- 1. En el bote de prescripción original o para los medicamentos sin prescripción en el paquete de fabricación original.
- 2. Propiamente etiquetados con el nombre del estudiante, el medico, nombre del medicamento, dosis, forma de tomarlo, tiempo que debe ser dada y nombre de la farmacia.

Por favor firma este formulario y devuélvelo a la enfermera de la escuela. Esta información es mantenida confidencial. Gracias por su cooperación.

\_\_\_\_\_  
(Enfermera de la escuela)

Información obtenida del medico:

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre de la Medicina y Dosis: \_\_\_\_\_

Posibles Efectos Secundarios: \_\_\_\_\_

Diagnostico/Razón para la medicación \_\_\_\_\_

Aprobación para Auto-Administración

(Viajes de la escuela o medicación que requiere un tiempo en el cual la enfermera no esta en el edificio) Indica Si o No \_\_\_\_\_

La auto-Administración será bajo la supervisión del personal voluntario de la escuela  
Aprobado para que el estudiante lleve medicación de emergencia (inhaladores/ Epi-Pen) Indica Si o No \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Medico

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
Nombre del Medico

\_\_\_\_\_  
Numero de Teléfono/Fax

**AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES Y FIRMA:**

Autorizo al Distrito escolar 428 de la comunidad de Dekalb y a sus empleados, en mi nombre y en mi lugar, administrar o la tentativa para administrar (o permitir a mi hijo/a automedicarse mientras esta bajo supervisión de empleados o agentes del distrito escolar) a mi hijo/a esta medicina legal prescrita y cualquier cambio prescrito. Tengo el conocimiento que esto puede ser necesario para la administración de la medicina para mi hijo/a para ser llevado a cabo por una persona con excepción de la enfermera de la escuela y en particular consentido para tales practicas. Además de conocer y estar de acuerdo que cuando un medicamento legal prescrito es así administrado o atentado para ser administrado, renuncio a cualquier reclamo/demanda que podría tener en contra del distrito, sus empleados y agentes que se presentan de fuera para la administración de dicho medicamento. Además estoy de acuerdo a liberar, considerar inofensivo, y no recibir compensaciones de parte del distrito y sus empleados de cualquier y de todas las reclamaciones, de daños, causas de acción, lesiones incurridas o resultantes de la administración o las tentativa de administración de dicho medicamento.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Teléfono en el día

\_\_\_\_\_  
Teléfono de emergencia