

HS 033
Secondary

Revised: 11

BRENTWOOD UNION FREE SCHOOL DISTRICT
ADMINISTRACION DE MEDICINAS EN LA ESCUELA

AUTORIZACION DE LOS PADRES Y DEL MEDICO QUE PRESCRIBE LA MEDICINA

Autorización Para la Administración de la Medicina:

Solicito que mi niño/niña _____ grado _____ reciba esta medicina según la misma ha sido prescrita por el medico. Yo enviare este medicamento a la escuela en su envase original debidamente identificada por la farmacia. Tengo entendido que la enfermera escolar o cualquier otra persona autorizada por la escuela en caso de ausencia de la enfermera, tendrá la responsabilidad de administrar esta medicina.

B: To be completed by the licensed health care prescriber:

I request that my patient, as listed below, receive the following medication:

Name of Student: _____ Date of Birth: _____

Diagnosis: _____

MEDICATION	DOSAGE	FREQUENCY/TIME TO BE TAKEN	ROUTE OF ADMINISTRATION

Duration of Treatment: _____

Possible Side Effects and Adverse Reactions (if any): _____

Name of Licensed Prescriber and Title (Please Print) _____

Prescriber's Signature: _____ Date: _____

Address: _____ Phone: _____

FORMA DE PERMISO PARA ADMINISTRARSE A SÍ MISMO LA MEDICINA

Nombre de niño/niña _____ ha sido debidamente instruido en el método correcto para administrar a sí mismo la siguiente medicina: _____

Nosotros, (firma del Medico) _____ y (firma de los Padres o Guardianes) _____ solicitamos que (Nombre de niño/nina) _____ sea permitido llevar en su persona o mantener la medicina indicada en su "locker" en el "locker" de Educacion Fisica. El o ella ha sido instruido y entiende el propósito y método apropiado, así como la frecuencia de uso de esta medicina. Consideramos que el/ella es lo suficientemente responsable y por esta razón hacemos esta solicitud.

Los arriba firmantes absuelven a la escuela de toda clase de responsabilidad en la custodia de esta medicina.

Firma: _____ dirección: _____

Telefono: _____ (Hogar) _____ (Trabajo) _____ (Cellular) _____