



### Permiso Paterno/Materno para Administración de Medicinas con Receta en la Escuela

**Nota al padre / madre o tutor:**

No es aconsejable el suministro de medicinas a los estudiantes durante el día escolar. Sin embargo, en nuestra escuela reconocemos que hay situaciones especiales y puede ser que el doctor del estudiante recomiende que este tome su medicamento durante el día escolar.

1. El distrito tiene establecida una política en la cual se deben tener órdenes firmadas por *cada* medicina que el personal de la escuela deba dispensar durante las horas de clase. **Antes** que suministremos cualquier medicina, ustedes deben rellenar, firmar y regresar este formulario a la escuela de su estudiante. Deben renovar este formulario al comienzo de cada nuevo año escolar.
2. Deben enviar la medicina a la escuela en el empaque *original*.

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fec.Nac: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Maestra(o): \_\_\_\_\_

**Padre / Madre / Tutor legal: favor completar la siguiente información**

**Diagnóstico** (o razón para el uso de esta medicina): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Nombre de la medicina:** \_\_\_\_\_

Presentación de la medicina/tratamiento:

- Tableta/capsula**     **Liquida**     **Inhalador**     **Inyección**     **Nebulizador**     **Otra**

**Instrucciones** (Horario y dosis para suministro en la escuela): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Restricciones** y/u otros efectos secundarios importantes:

No se prevé ninguno

Si. Favor describir: \_\_\_\_\_

**Almacenaje requerido:**

**Ninguno**

**Refrigerar**

**SOLO para estudiantes en bachillerato / preparatoria**

Este estudiante puede y es responsable de tomarse esta medicina.

No

Si, con supervisión

Si, sin supervisión

Para que el estudiante tenga acceso inmediato a esta medicina, se deberá mantener en:

La oficina del salón del estudiante

Para que lo conserve el alumno.

El escritorio del estudiante

Firma del doctor: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

**El padre / la madre / el tutor debe rellenar esta parte:**

Doy permiso para que le suministren la medicina arriba mencionada a mi hijo(a) en la escuela y de acuerdo con las políticas de la misma.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_