



PERMISO PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS

ANDERSON SCHOOL DISTRICT 5 PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR

PARA SER COMPLETADO POR UN PROVEEDOR DE SERVICIOS DE SALUD CON LICENCIA

Nombre del Estudiante _____

Fecha de Nacimiento _____

Nombre del Profesor(a) _____

Medicamento _____ Dosis _____

Propósito del medicamento _____ Via _____

Hora para dar el medicamento en la escuela: Primera dosis es tomada en la casa.

_____ 8:00 a.m. _____ 10:00 a.m. _____ 12:00 p.m. _____ 2:00 p.m. _____ Otra

Número anticipado de días en que se necesita dar el medicamento en la escuela:

_____ Hasta el final del presente año escolar _____ Semanas _____ Días

Requiere almacenamiento especial: _____ Refrigerar _____ Otro

Posibles Efectos secundarios _____

Nombre, dirección y teléfono del Médico:

FIRMA DEL MÉDICO _____ **Fecha** _____

****Importante: Para Inhaladores, Epi-Pens y Bombas de Insulina****

Debido a la nueva Ley Estatal efectiva a partir de Mayo de 2005, esta condición médica del estudiante le permite automedicarse/auto-monitorearse. Después de su reconocimiento médico y discusión con el estudiante y padre/s de familia, si esta es una opción, la enfermera de la escuela le enviará los documentos adicionales requeridos por ley.

Si usted tiene preguntas acerca de esta nueva Ley Estatal, por favor contácteme al siguiente número:

Enfermera de la Escuela _____ *Escuela* _____

Teléfono No. _____

PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE O GUARDIAN LEGAL

Le doy permiso a la enfermera de la escuela, al director(a) de la escuela o su designado para administrar el medicamento recetado a mi hijo/a _____ mientras este en la escuela. Suministraré el medicamento en el envase original de la farmacia, apropiadamente etiquetado para los medicamentos formulados, o en el envase original del fabricante de medicamentos para libre consumo. Doy permiso al director(a) de la escuela o a la enfermera de la escuela para que contacte al médico arriba mencionado para discutir y compartir información con respecto a la condición médica o medicamentos de mi hijo/a.

Firma del Padre/Guardián _____ Fecha _____