

## PADRES Y FORMULARIO DE PERMISO MÉDICO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS Y PROCEDIMIENTOS

<b>STUDENT</b> _____	<b>DOB</b> _____	<b>SCHOOL</b> _____
<b>ADDRESS</b> _____	<b>PHONE</b> _____	

**PADRES O GUARDIAN Y MÉDICO:** Ser capaces de darle medicamentos y o administrar el procedimiento en la escuela que deben cumplirse los siguientes criterios:

- Permiso por escrito y orden específica información es requerida desde el padre o tutor y del médico, si se trata de un medicamento.
- Medicamento debe proporcionarse en un contenedor marcado con farmacia actual para medicamentos recetados y una etiqueta de fabricante para sobre los medicamentos de venta libre.
- Deben disponerse de equipos de procedimiento por padres / tutores o arreglos especiales deben realizarse con la enfermera de la escuela.

### MEDICAMENTOS NECESARIOS EN LA ESCUELA

MEDICATION/ MEDICACIÓN	STRENGTH/ FUERZA	DOSE/ DOSIS	ROUTE/ RUTA	TIME(S)/ VECES	START/END INICIO/FIN	MED REASON / CON RAZÓN	COMMENTS / COMENTARIOS

### PROCEDIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA NECESARIOS EN LA ESCUELA

PROCEDURE: / PROCEDIMIENTO:	PROCEDURE INSTRUCTIONS: / INSTRUCCIONES DE PROCEDIMIENTO:	TIME(S) / VECES	START / END / INICIO/FIN
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			

### PADRE / GUARDIAN FIRMA

Yo doy permiso a la escuela personal para administrar el arriba especificado medicación y / o procedimiento a mi hijo. Autorizo al personal de la escuela contacto con mi médico si hay alguna duda o pregunta acerca de mi hijo.

**INSTRUCCIONES** para medios días: Dar mi hijo allí almuerzo medicamento antes de despido SI \_\_\_ NO \_\_\_

**INFORMACIÓN DE ADDITIONAL** \_\_\_\_\_

**PADRE / GUARDIAN FIRMA** \_\_\_\_\_ **DATE** \_\_\_\_\_

### PHYSICIAN SIGNATURE

The medication(s) / procedure(s) noted above are to be administered to this student at school as stated above.

**ADDITIONAL INFORMATION** \_\_\_\_\_

**PHYSICIAN SIGNATURE** \_\_\_\_\_ **DATE** \_\_\_\_\_

School Nurse: \_\_\_\_\_ School: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

2-2008

Please sign and return this form to School Nurse at FAX or Address above. Please call School Nurse to discuss question or concerns.