

MAPLETON PUBLIC SCHOOLS
Adams County School District No. 1
Department of Student Services

File: JLCD-E

SOLICITUD DE LOS PADRES PARA ADMINISTRARSE MEDICACIÓN EN LA ESCUELA

Solicito que mi hijo _____ tome la medicina prescrita por el Dr.
(Nombre del niño)
_____ al _____ por
(Nombre del médico) *(Número de teléfono)*
el período del _____ al _____
(Fecha de inicio) *(Fecha de culminación)*

según las instrucciones provistas y autorizadas por el doctor en la parte inferior de este formulario.

Medicaciones prescritas deben estar comprendidas dentro de un recipiente etiquetado con los siguientes datos: nombre del niño, nombre de la medicina, cuándo se debe administrar la medicina, dosis, fecha en que se debe dejar de tomar la medicina, y nombre del médico. El nombre de la farmacia y el número de teléfono también deben aparecer impresos en la etiqueta.

Medicación de venta libre deben etiquetarse con el nombre del niño. La dosis debe ser la misma que la autorizada por el médico, y la medicina debe ir en su recipiente original.

Se entiende que la medicación es administrada únicamente según petición y a fin de asistir al padre/tutor del suscrito estudiante. En consideración a la aceptación de la petición de realizar este servicio por cualquier empleado autorizado por Mapleton Public School District (Distrito Escolar de Escuelas Públicas de Mapleton), el padre/tutor suscrito debajo, por la presente acuerda en divulgar a Mapleton Public School District y su personal cualquier demanda legal que éste tenga o que pueda surgir en el futuro a consecuencia de la administración de la medicación o la falta de administración de la misma al estudiante.

Por la presente doy mi permiso para que el estudiante mencionado aquí tome la prescripción indicada debajo, en la escuela o en las actividades patrocinadas por la escuela, según se ordena. Entiendo que tengo la responsabilidad de suministrar tal medicación.

(Firma del padre o tutor)

(Fecha)

AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de la medicación: _____

Dosis: _____ Por vía (oral/anal): _____

Adminístrese en la escuela en los siguientes horarios: _____

Instrucciones especiales: _____

Propósito de la medicina: _____

Efectos colaterales que deben reportarse a los padres: _____

(Firma del médico que autoriza la prescripción)

(Fecha)

SCHOOL APPROVAL

School: _____

(Principal's or Designee's Signature)

(Date)

Copy faxed to School Nurse Consultant at 303-853-1145 _____

Initial

Por favor, pídale al farmacéutico un frasco de medicinas adicional para conservarlo en la escuela