

Grado: _____



ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____ Teléfono _____

Marque aquí para optar por no firmar este formulario por el medico. Al firmar, usted libera a Harambee de toda responsabilidad en lo que respecta a que su hijo(a) se enferme. En caso de que su hijo(a) se enferme, le llamaremos inmediatamente.

Nombre en letra de molde: _____ Firma: _____ Fecha: _____

AL PADRE O TUTOR: Para proteger a todos los niños y para cumplir con el Código de Educación del Estado (49423), ningún niño puede traer cualquier medicamento (con o sin receta medica) a la escuela. Solo los medicamentos recetados por un medico pueden ser administrados durante el horario escolar. Si su hijo(a) necesita medicamentos, ya sea por unos días o por un periodo prolongado, y debe ser administrado durante el horario escolar, debe pedir a su medico que complete este formulario. **MEDICAMENTOS**, ya sea con o sin receta medica, **DEBE ACOMPAÑAR** este formulario y debe ser entregado por un padre o tutor a la oficina en el envase original. Solo bajo estas condiciones se puede administrar algún medicamento en la escuela. Tenga en cuenta que esto se aplica a los medicamentos con receta también. Nuestro personal administrativo no dispensara analgésicos (es decir Tylenol o Advil), pastillas para la tos, etc., a menos que nos lo indique su medico por escrito y esta forma este **FIRMADA POR EL MEDICO Y EL PADRE.**

AL MEDICO: Por favor complete y firme este formulario:

- 1) si el medicamento recetado para un niño en edad escolar debe ser administrado durante las horas de clase para evitar graves problemas físicos o de comportamiento, o
- 2) si los padres requieren que se le administren analgésicos como Tylenol, Advil, pastillas para la tos, etc durante el horario escolar a su hijo. Es una petición para autorizar al personal de la escuela a ayudar al alumno con el medicamento.

<u>Nombre del Medicamento</u>	<u>Forma</u>	<u>Proposito</u>	<u>Cantidad</u>	<u>Hora del Medicamento</u>
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Cualquier instrucción especial, precauciones y efectos secundarios:

Por cuanto tiempo será necesario este medicamento?

Este paciente puede llevar su inhalador en el transcurso del día escolar. SI NO No Aplica

Firma del medico: _____ Fecha: _____

Imprima el Nombre del Medico _____ Telefono: _____

Dirección: _____

AL PADRE O TUTOR: POR FAVOR FIRME LA SIGUIENTE DECLARACION:

Solicito que la escuela ayude a mi hijo(a) a tomar el medicamento prescrito, tal como se indico anteriormente, y conforme a la póliza de la escuela.

FIRMA DEL PADRE (OBLIGATORIO): _____ Fecha _____