

ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE PRINCE WILLIAM
AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO

Fecha de
vencimiento del
medicamento:

Información del estudiante: Para ser completado por el padre/madre/tutor

Estudiante: _____ DOB: _____ Edad: _____ Grado: _____

Escuela: _____ ¿Ha tomado el estudiante este medicamento antes? Sí No

Si la respuesta es no, la primera dosis completa debe administrarse en el hogar para disminuir el riesgo que el estudiante tenga una reacción negativa en la escuela. La primera dosis se administró: Fecha: _____ Hora: _____

Prescripción médica: Para ser completado por el proveedor de atención médica (un formulario para cada medicamento)

Nombre del medicamento: _____

Diagnóstico/condición médica para la que se administra la medicación: _____

Dosificación: _____ Vía de administración: _____ Horario de administración: _____

Período: Año escolar Otro: _____

Posibles efectos secundarios: Ninguno esperado Especificar: _____

Firma del proveedor de atención médica: _____ Fecha: _____

Nombre en **impresa** del proveedor de atención médica/sello: _____

Número de teléfono del proveedor de atención médica: _____ Fax: _____

Dirección del proveedor de atención médica: _____

Medicamento de venta libre: Para ser completado por el padre/madre/tutor (un formulario para cada medicamento)

Nombre del medicamento: _____

Motivo por el que se administra la medicación: _____

Dosificación: _____ Vía: _____ Horario de administración: _____

Período: Año escolar Otro: _____

Posibles efectos secundarios: Ninguno esperado Especificar: _____

Autorización del padre/madre/tutor

Con mi firma autorizo a la persona designada por el director para administrar el medicamento recetado o de venta libre, y también para comunicarse con el proveedor de atención médica si fuera necesario. También estoy de acuerdo en recoger cualquier medicamento no utilizado al final del año escolar. Entiendo que los medicamentos no recogidos por un padre/madre/tutor al final del año escolar serán desechados. He leído los procedimientos y asumo la responsabilidad según corresponda.

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

Para ser completado por el personal de la oficina de Salud

Medicamento recibido (cantidad/descripción): _____

Medicamento recibido: _____ / _____

Firma del personal de la oficina de Salud / Fecha Firma del padre/madre/tutor / Fecha

Medicamento recogido por: _____ Fecha: _____

Firma del padre/madre/tutor