



# Student Health Services

## Servicios de Salud Estudiantil

### AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICINA EN LA ESCUELA LOS PADRES DEBEN SUMINISTRAR LA MEDICINA PARA QUE SE GUARDE EN LA ESCUELA

Si puede darle la medicina en su casa, o fuera del horario escolar, por favor hágalo. Sin embargo, si es necesario hacerlo en la escuela, durante una excursión o una actividad escolar supervisada “antes” o “después” del horario normal de clases, se deberá completar este formulario.

NOMBRE DEL ALUMNO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MAESTRO: \_\_\_\_\_ GRADO: \_\_\_\_\_

ALERGIAS CONOCIDAS \_\_\_\_\_

Por la presente solicito al Sistema Escolar del condado de Fulton, a través del Director o la persona designada, que supervise/asista a mi hijo en la administración de su medicina, según las instrucciones especificadas a continuación.

Comprendo que:

- Las medicinas (recetadas o de venta libre) **deben** estar en su envase original, etiquetado (no en bolsitas, papel de alumno, etc.)
- El padre/madre/tutor legal debe entregar a la enfermería escolar la medicina, equipo relacionado y las instrucciones específicas sobre el uso.
- El padre/madre/tutor legal tiene la responsabilidad de informar a la escuela sobre cualquier cambio en la medicina. A menos que se llene un nuevo formulario, **no** se administrará una dosis diferente o un medicamento nuevo.
- Los padres o el alumno deberán llevar la medicina directamente a la enfermería o a la recepción de la escuela.
- La medicina que no se use se desechará a menos que se recoja dentro de la semana de haberse dejado de tomar.
- Los empleados escolares no asumirán responsabilidad alguna por supervisar o asistir en la administración de la medicina.
- Por haberse completado este formulario, los Servicios de Salud Estudiantil están autorizados para discutir esta orden/pedido de medicación con el médico que la/lo prescribió, en el caso que resulte necesario.

-----  
✓ Marque lo que corresponda: →  Medicina con receta  Medicina de venta libre

NOMBRE DE LA MEDICINA Y RAZÓN PARA TOMARLA: \_\_\_\_\_

DOSIS Y HORARIO DE ADMINISTRACIÓN: \_\_\_\_\_

CUANDO DEBE DEJAR DE TOMARLA: \_\_\_\_\_

Eximo al Consejo Escolar, la escuela, y a cualquier empleado escolar de toda responsabilidad por la administración de la medicina.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL

\_\_\_\_\_  
FECHA

Teléfono (casa): \_\_\_\_\_ (trabajo): \_\_\_\_\_ (celular): \_\_\_\_\_

-----  
**ESTA SECCIÓN DEBERÁ COMPLETARLA EL MÉDICO PARA TODAS LAS MEDICINAS PRESCRIPTAS**  
*(Si el casillero de medicina con receta está marcado, el médico deberá llenar esta sección completamente y firmar)*

AFECCIÓN/ENFERMEDAD QUE REQUIERE LA MEDICINA: \_\_\_\_\_

EFFECTOS SECUNDARIOS POSIBLES: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL MÉDICO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MÉDICO Y TELÉFONO (en imprenta) \_\_\_\_\_

.....  
*Esta sección deberá completarla **SOLO** la enfermera/asistente/enfermera para casos especiales*

Fecha recibida: \_\_\_\_\_ Medicina: \_\_\_\_\_ # de dosis: \_\_\_\_\_ Fecha de venc.: \_\_\_\_\_

Fecha devuelta: \_\_\_\_\_