

**AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE
MEDICAMENTOS/PROCEDIMIENTOS EN LA ESCUELA Y EN EVENTOS
PATROCINADOS FUERA DEL CAMPUS**

PARTE A

Para que el padre/madre/tutor legal complete

Nombre del estudiante: _____ Fecha nacimiento: _____ Grado/Maestro: _____

Doy mi permiso para que la enfermera de la escuela o un miembro del personal delegado administre medicamentos/tratamiento a mi hijo(a) en la escuela según las indicaciones a continuación del médico de mi hijo(a). Entiendo que debo proporcionar todos los medicamentos recetados en su recipiente/envase original despachado por el farmacéutico.

También reconozco, de acuerdo con la Ley de la Práctica de Enfermería, la necesidad y doy mi permiso para una comunicación adecuada entre la enfermera de la escuela y el médico prescriptor en lo que concierne al medicamento(s)/tratamiento(s) en cuestión para permitirle a la enfermera administrar una atención segura y eficaz. Esto incluye comunicaciones concernientes al medicamento/tratamiento recetado en sí, la implementación de la receta médica/tratamiento en la escuela, la reacción del estudiante al medicamento/tratamiento, y otros asuntos pertinentes relacionados con el diagnóstico, estado o medicamentos/tratamiento del estudiante.

Firma del padre/madre/tutor legal

Nombre del padre/madre/tutor legal (Letra de molde)

Fecha de hoy

PARTE B

Para que el médico complete

Diagnóstico(s) actual(es): _____

ÓRDENES DE MEDICACIÓN Y/O TRATAMIENTO DEL MÉDICO: (Por favor especifique)

Medicamento/Tratamiento

Dosis

Hora/Frecuencia

Instrucciones especiales: _____

Firma del médico

Médico (Nombre en letra de molde)

Fecha de hoy

Número de teléfono del médico