

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

Fecha de
vencimiento del
medicamento:

Información del estudiante: A completar por el padre/tutor

Estudiante: _____ Fecha de nac.: _____ Edad: _____ Grado: _____
Escuela: _____ ¿El estudiante ha tomado este medicamento antes? Sí No
Si la respuesta es negativa, la primera dosis completa debe administrarse en el hogar para disminuir el riesgo de que el estudiante tenga una reacción negativa en la escuela. La primera dosis se administró: Fecha: _____ Hora: _____

Medicamento recetado: A completar por el médico (un formulario por cada medicamento)

Nombre del medicamento: _____
Diagnóstico/condición para la cual se administra el medicamento: _____
Dosis: _____ Vía: _____ Hora de administración: _____
Periodo de tiempo: Año escolar Otro: _____
Posibles efectos secundarios: Ninguno previsto Especificar: _____
Firma del médico: _____ **Fecha:** _____
Sello/nombre en letra de imprenta del médico: _____
Número de teléfono del médico: _____ Fax: _____
Dirección del médico: _____

Medicamento de venta libre: A completar por el padre/tutor (un formulario para cada medicamento)

Nombre del medicamento: _____
Motivo por el que se debe administrar el medicamento: _____
Dosis: _____ Vía: _____ Hora de administración: _____
Periodo de tiempo: Año lectivo Otro: _____
Posibles efectos secundarios: Ninguno previsto Especificar: _____

Autorización del padre/tutor

Mi firma autoriza que la persona designada del director administre medicamentos recetados/de venta libre y autoriza a la persona designada del director a comunicarse con el médico si es necesario. También acepto retirar cualquier medicamento no utilizado al final del año escolar. Entiendo que los medicamentos no retirados por parte de un padre/tutor al final del año lectivo serán descartados. He leído los procedimientos y asumo la responsabilidad según se requiere.

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

A completar con 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/tutor/fecha
Medicamento retirado por: _____ Fecha: _____
Firma del padre/tutor