



Formulario de autorización de medicamentos de estudiante

Estudiantes recibiendo o tomando algún medicamento en la escuela deben tener una forma de orden escrita de un médico o dentista con licencia para practicar en Indiana, así como una forma de permiso parental en los archivos de la oficina de la enfermera. Si la enfermera no sabe qué medicamentos puede tomar un estudiante, él/ella no puede funcionar con eficacia en caso de una situación de emergencia. En ausencia de la enfermera escolar, será designado un personal capacitado para administrar medicamentos. En caso de que no hay personal de la escuela está disponible para administrar medicamentos, revierte la responsabilidad a los padres/tutores. Todos los medicamentos deben estar en contenedores marcados con farmacia o fabricantes originales.

Nombre Estudiante: _____ Date of Birth: _____
Último primer medio

Nombre del medicamento: _____ dosis: _____

Frecuencia/instrucciones: _____

Razón para prescribir: _____

Fecha de Inicio: _____ Fecha de finalización: _____

efectos secundarios que debe observar:

Es un medicamento controlado? Sí No

Firma del médico/odontólogo

Teléfono número

Fecha

Permiso de padres/Legal Guardian

Dar a la enfermera escolar o designado personal de la escuela, mi permiso para administrar la medicación prescrita por encima a mi hijo. Entiendo que medicamentos no utilizados deben ser recogidos tardar dos semanas después de la fecha de fin, o los medicamentos serán destruidos conforme a la ley. Por la presente libero escuela católica de St. Paul y sus agentes y empleados de toda responsabilidad que pueda resultar de mi niño que toma la medicación prescrita.

Firma de Padre/Tutor

Fecha