

Autorización para el suministro de medicamentos por el personal de las escuelas de Bend - La Pine

--Office Use
Student ID _____
Homeroom _____
Nurse Notification:

Escuela _____ Fecha _____

Apellido legal	Nombre legal	Segundo nombre legal
1 Fecha de nacimiento:	Grado	Nombre del maestro (si se conoce)
Mes Día Año		

Por favor, lea las siguientes declaraciones y firme sus iniciales como una aprobación o reconocimiento.

2. **Todos los medicamentos deben estar en su envase original más nuevo con una etiqueta correcta.** _____
Iniciales
3. El padre / tutor es responsable de proporcionar la medicación necesaria y mantener el suministro necesario. _____
Iniciales
4. El padre / tutor es responsable de recoger todos los medicamentos no utilizados el último día de clases. Todos los medicamentos dejados en la escuela serán desechados. _____
Iniciales
5. El padre / tutor acepta la responsabilidad de notificar a la enfermera de la escuela o al personal de la oficina de la escuela por escrito de cualquier cambio en la medicación del estudiante durante el año escolar y después de la fecha indicada en este documento. Los cambios en las instrucciones de la etiqueta de la receta o en las instrucciones del envase deben ser hechos por escrito del médico. _____
Iniciales
6. **Medicamentos**

Nombre del medicamento	Tipo <input type="checkbox"/> Sin receta <input type="checkbox"/> Con receta	Si el medicamento es recetado, por favor proporcione el número RX.
Fecha de inicio	Fecha de finalización	Hora del día
Mes Día Año	Mes Día Año	
Dosis	Frecuencia (cuán seguido)	Ruta <input type="checkbox"/> Boca <input type="checkbox"/> Oreja <input type="checkbox"/> Ojo <input type="checkbox"/> Naariz <input type="checkbox"/> Piel
Motivo de la medicación:	Instrucciones especiales:	

7. **Firma del padre/tutor y autorización**

Confirmando que la información de salud anterior es exacta y completa, y entiendo que es mi responsabilidad notificar a la oficina de la escuela por escrito con prontitud cualquier cambio a esta información.

Esta autorización se aplica sólo al medicamento antes mencionado y por la duración del tratamiento o del año escolar.

Esta autorización proporciona permiso para intercambiar información, según sea necesario, entre la enfermera de la escuela, el personal de la escuela y / o el médico de mi hijo.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Padre/tutor (nombre en letras de imprenta): _____ Teléfono: _____

8. **Instrucciones del médico.** *Requeridas por escrito o en la etiqueta de la farmacia para todos los medicamentos de venta con receta. Por favor, lea lo siguiente y firme con sus iniciales:*

Las instrucciones incluidas con el medicamento (en la caja o en el envase) son exactas. _____
Iniciales

Instrucciones especiales, incluyendo reacciones adversas y la acción requerida:

Nombre del médico (en letras de imprenta / sello): _____ Domicilio: _____
 Ciudad, Estado, Código postal _____
 Firma del médico: _____ Teléfono: _____
 Fecha de vigencia: _____