

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

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

EDUCATING THRIVING CITIZENS

Escuela _____ Fecha _____

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

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

- Todos los medicamentos deben estar en su envase original más nuevo con una etiqueta correcta.** _____
Iniciales
- El padre / tutor es responsable de proporcionar la medicación necesaria y mantener el suministro necesario. _____
Iniciales
- 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
- 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
- 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 Mes _____ Día _____ Año _____	Fecha de finalización Mes _____ Día _____ Año _____	Hora del día
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:

- 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: _____

- 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: _____