

Milwaukee Seventh-day Adventist School
(updated 7-1-19)

Padre/Tutor Formulario de Consentimiento para Medicamento sin Receta

Por favor escriba

Esta orden y el consentimiento para medicamentos son necesarios que sean completados y presentados a la escuela del niño antes de que cualquier medicamento pueda ser administrado a un niño durante el día escolar.

Nombre del Estudiante: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Grado Escolar: _____

Dirección: _____

Teléfono de Casa: _____ Celular de la Madre: _____ Celular del Padres: _____

- Doy permiso a las personas designadas por el director para darle un medicamento(s) a mi hijo(a) de acuerdo a las instrucciones.
- Como padre o tutor Yo entiendo que debo proporcionar todos los medicamentos a la escuela.
- Todos los medicamentos deben estar en sus envases originales y debe tener las fechas actuales. Los medicamentos con fechas vencidas serán descartados.
- Libero a la escuela de cualquier reclamo de responsabilidad de la administración de este medicamento según las indicaciones.
- Yo entiendo que como padre o tutor, seré el responsable de llevar el medicamento a la escuela para el personal autorizado designado para administrar medicamentos.
- Entiendo que todos los medicamentos deben ser recogidos por el padre o tutor al final del año escolar o serán destruidos.

DEBE FIRMAR SI EL MEDICAMENTO DEBE SER ADMISTRADO POR LA ESCUELA:

Personal autorizado de la escuela puede dar medicamentos a mi hijo(a) como se indica por el padre, tutor o profesional.

Firma del Padre o Tutor: _____

Fecha: _____

Nombre del medicamento **sin receta**: _____

Dar según sea necesario a petición del estudiante, durante todo el año escolar, según las instrucciones del frasco:

Si: _____ No: _____

O

El estudiante recibirá el medicamento por solo _____ días. (Máximo de 5 días consecutivos sin receta medica)

Instrucciones del padre de como se debe dar el medicamento. (Incluir los horarios y las dosis):

