

Milwaukee Seventh-day Adventist School
(updated 7-1-20)

Orden del Proveedor Medico para la Administración de Medicamentos con Receta
Padre/Tutor Formulario de Consentimiento para Medicamentos con 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.
- Yo autorizo al personal de la escuela para el intercambio de información con el proveedor médico de mi hijo(a) con respecto a este medicamento o la enfermedad para la que se recete.
- Libero a la escuela de cualquier reclamo de responsabilidad de la administración de este medicamento según las indicaciones.
- Voy a notificar a la escuela por escrito de cualquier cambio. Cambios en la receta de medicamentos requiere una nueva orden del médico.
- Yo entiendo que como padre o tutor, seré el responsable de transportar 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: _____

Orden del proveedor médico para cada Medicamento Recetado

Nombre de Medicamento: _____

Diagnostico: _____

Efectos Secundarios: _____

Dosis: _____ Frecuencia: _____

Como Administrar: Oral _____ Otro _____ (Si es otro, por favor mencione como) _____

Duración: Año Escolar Entero _____ o Números de Días _____ Fecha de Inicio: _____

Instrucciones Especiales: _____

Medicamentos que se utilizan según sea necesario, se debe administrar bajo que condiciones: _____

El estudiante puede tomar los medicamentos antes mencionados en la escuela sin la autorización del personal escolar autorizado a la dispensación del medicamento. (Ejemplo: inhaladores para el asma) Si: _____ No: _____

Nombre del Proveedor Medico: _____ **Fecha:** _____

Firma del Proveedor Medico: _____

La firma del Proveedor medico es necesaria para todos los medicamentos recetados

Clínica: _____ **Teléfono:** _____