SCHOOL MEDICATION AUTHORIZATION/IHSP

AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS ESCOLARES / IHSP

TO BE COMPLETED BY PARENT BEFORE GIVING FORM TO DOCTOR
PARA SER COMPLETADO POR LOS PADRES ANTES DE ENTREGAR EL FORMULARIO AL MÉDICO

Solicito que mi hijo, _____, sea ayudado por personas autorizadas a tomar el medicamento recetado anteriormente en la escuela. Cumpliré con las políticas y procedimientos de la escuela. Estoy de acuerdo y por la presente eximo al Distrito y a sus empleados de cualquier reclamo, demanda, causa de acción, responsabilidad o pérdida de cualquier tipo debido a, o que surja de, los actos u omisiones del Distrito o sus empleados. con respecto a este medicamento. Autorizo el intercambio de información entre el médico de mi hijo, la enfermera del distrito escolar, los maestros y el director.

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____ Teléfono de la casa _____ Teléfono de emergencia _____

Habla a _____ Medicación _____ Tiempo para dar en la escuela _____

Nombre del estudiante _____ DOB _____ Escuela _____ Teléfono _____ FAX _____

PHYSICIAN'S ORDER (TO BE COMPLETED ONLY BY PHYSICIAN)

ONLY ONE MEDICATION PER FORM

Name of Medication/Medicación _____ Strength/Fuerza _____

Dosage/Dosis _____ Dose form (tablet/liquid, etc.) Forma de dosis _____ How often? Con qué frecuencia _____

Time to be given at school/tiempo para dar en la escuela _____

Reason for medication/motivo de la medicación _____ Possible side effects/efectos secundarios _____

☐ Student has been instructed by physician in the use of inhaler and may carry medication with them.
El estudiante ha sido instruido por un médico sobre el uso del inhalador y puede llevar medicamentos consigo.

☐ Student has been instructed by physician in the use of the EPI-PEN and may carry the medication with them.
El estudiante ha sido instruido por un médico sobre el uso del EPI-PEN y puede llevar consigo el medicamento.

Comments/Comentarios _____

The pupil for whom this medication is prescribed is under my care.
El alumno al que se le recetó este medicamento está bajo mi cuidado.

LICENSED PHYSICIAN PRINTED NAME / Nombre Impreso Del Médico con licencia _____ LICENSED PHYSICIAN SIGNATURE / Firma de Médico Con Licencia _____ DATE / FECHA _____

ADDRESS/Dirección _____ PHONE/Teléfono _____

SCHOOL OFFICE STAFF USE ONLY

MEDS CALENDARED ☐ BY _____ DATE _____ | TIME _____