



Formulario de autorización de medicación

La Escuela Católica de San Bernardo

2018-2019

Nombre del Estudiante _____ **Grado** _____

Dirección del Estudiante _____

Número del Teléfono _____ **Fecha de nacimiento** _____

Nombre del Médico _____ **Teléfono** _____

Nombre del medicación _____

Marque uno: _____ **no prescripción** _____ **prescripción**

Razón de medicación es que debe darse _____

Cantidad que será entregada _____

La Ruta que ha de darse _____ **La frecuencia con que debe darse** _____

Fecha/s que ha de darse _____

La hora del día que ha de darse _____

Los posibles efectos secundarios _____

Como el padre/guardián, del estudiante mencionado anteriormente, me dan la escuela de San Bernardo permiso para administrar el medicamento indicado anteriormente. Voy a mantener la escuela al tanto de cualquier cambio en la medicación(es) de perfil o problemas de salud de mi hijo(a). **No administrar ningún medicamento que no tenga la etiqueta del medicamento o sobre la etiqueta de contador en el contenedor.**

Como parte de la Wisconsin Estatuto Capítulo 118.29, Administración de medicamentos a los alumnos y atención de emergencia, los distritos escolares tienen que tener permiso de un proveedor médico y/o de los padres para administrar medicamentos en la escuela. Como parte de este formulario de autorización, los empleados de la escuela pueden ponerse en contacto con el proveedor médico con preguntas relativas a la administración de medicamentos que incluye una aclaración respecto a la dosis, los efectos secundarios o la indicación del medicamento(s) que aparece arriba.

Firma del Padre/Guardián _____ **Fecha** _____