

Distrito Escolar de Grass Valley

ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

Por favor lleve este formulario al médico de su hijo/a que lo llene.
Esto es para todas las medicina con o sin receta que se deban administrar en la escuela.

- 1. Name of pupil _____ Grade _____
- 2. Birthdate _____ 3. School of Attendance _____
- 4. Medication(s) _____
- 5. Dosage, time and method of administration _____

- 6. Physical condition for which drug is to be given. (If allergic in nature, specify what type of reaction, i.e., localized, generalized, mild, severe). _____
- 7. Possible reactions that need to be reported to the physician/care provider. _____
- 8. Disposition of pupil following administration of medication, (i.e., rest, home, hospital, doctor's office, return to class, notification requests). _____

The above medication *cannot* be scheduled for other than during school hours and such medication may be administered by medically-untrained school personnel whenever necessary.

Physician/Health Care Provider Name _____ Phone _____
Address _____
Date of Request _____ Medication to be continued until _____
(Date)

Authorization and Signature of Physician/Health Care Provider

Pido que mi hijo/a (el estudiante nombrado arriba) sea asistido/a por el personal escolar en tomar el/los medicamento/s mencionado/s anteriormente, yo me registré por la póliza y procedimiento escolar como lo indica la carta que se encuentra al reverso de este formulario. Doy mi permiso para que la enfermera de la escuela se comunique con el médico/proveedor se salud y que cuando sea apropiado platique con el personal escolar sobre el medicamento/s del estudiante mencionado arriba. Entiendo que la escuela no tiene obligación legal de administrar un medicamento a ningún estudiante y no culparé al distrito de ninguna responsabilidad como resultado de la administración del medicamento/s mencionado/s.

Autorización y Firma del Padre/Madre/Tutor Legal

Fecha _____ Número de Tel _____

