

Union County Public Schools Medication Consent Form

Escuela: _____ Teléfono: _____ Fax: _____
Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____
Maestro/Grado: _____

Para ayudar a proteger la salud de su hijo, se requiere su consentimiento y autorización por escrito de un proveedor de atención médica con autoridad para recetar cuando sea necesario que su hijo reciba medicamentos recetados y/o sin receta.

Permiso de los padres o tutores: Doy permiso para que mi hijo reciba este medicamento durante el horario escolar. También doy permiso para que el personal de la escuela se comunique con el proveedor de atención médica que lo prescribe si tiene preguntas o inquietudes. Entiendo que es mi responsabilidad el comprar y suministrar este medicamento en su envase original. En nombre de mi hijo, absuelvo a la Junta Escolar del Condado Unión y a sus agentes y empleados de toda responsabilidad que pueda resultar de que mi hijo tome este medicamento en la escuela.

Firma del padre o tutor

Fecha

Teléfonos de contacto (casa y celular)

Esto se usa solo para emergencias * Se requieren ambos lados de este formulario para medicamentos de emergencia que lleva usted mismo******

A continuación, debe ser completado por el médico/proveedor de atención médica:

Medicamento: _____ Concentración/Dosis: _____

Diagnóstico médico: _____

Instrucciones específicas incluya la cantidad a dar, a qué hora y/o con qué frecuencia, relación con las comidas, indicaciones específicas si es "según sea necesario")

Con qué frecuencia y/o a qué hora: _____

Propósito de la medicación: _____

Relación con las comidas, si corresponde: _____

Efectos secundarios esperados o reacciones adversas: _____

Indicaciones específicas: _____

Otra información: _____

Es necesario que este estudiante reciba este medicamento durante el horario escolar para mantener o mejorar la salud y beneficiarse de la asistencia a la escuela. Por favor, notifique al director y/o a la enfermera de la escuela y a los padres/tutores si hay algún problema.

Firma del proveedor de atención médica

Fecha

Teléfono

Fax

Nombre del Proveedor: _____ Nombre de la practica/dirección _____

PARA USO DE LA ESCUELA:

Date Received/By: _____ School Health Nurse Review: _____

Location of Medication: on student, emergency medication only in Health Room in Classroom