

**UNION COUNTY PUBLIC SCHOOLS FORMULARIO PARA DAR CONSENTIMIENTO PARA  
ADMINISTRAR MEDICAMENTO**

Escuela: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

**Nombre del Estudiante** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nac.** \_\_\_\_\_

Maestro/Grado \_\_\_\_\_

Para poder ayudar a proteger la salud de su hijo/hija se requiere su consentimiento y autorización por escrito de un proveedor de cuidados médicos con autoridad para recetar cuando sea necesario para que su hijo/hija reciba medicamentos recetados y/o no recetados.

**Permiso de los Padres o Tutor:** Yo doy permiso para que mi hijo/hija reciba este medicamento durante las horas de clases. También doy permiso para que el personal de la escuela se comuniquen con el médico que recetó el medicamento si tuviesen preguntas o preocupaciones. Comprendo que es mi responsabilidad la de comprar y proveer este medicamento en su envase original. Por parte de mi hijo/hija yo absuelvo al Departamento de Educación del Condado Unión y a sus agentes y empleados de cualquier responsabilidad que pueda resultar cuando mi hijo/hija tome este medicamento en la escuela.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Padre/madre o tutor**      Fecha      Números de contacto (teléfonos, celular, pager, etc.)

Este medicamento debe ser usado para emergencias solamente. Por favor permita que este estudiante se administre el medicamento a sí mismo

\*\*Ambos lados de esta forma se requieren para llevar medicamentos que son auto administrados\*\*

A continuación debe ser llenado por el Proveedor de Cuidado Médico y de Salud:

Medicamento \_\_\_\_\_ Potencia/Dosis \_\_\_\_\_

**Diagnóstico del Médico:** \_\_\_\_\_

**Instrucciones Específicas** (incluya la cantidad a ser dada, a que hora y/o que seguido, relación con los alimentos, indicaciones específicas si “son necesarias”)

Que seguido y/o a que hora: \_\_\_\_\_

Propósito del Medicamento: \_\_\_\_\_

Relación con alimentos, si hay alguna: \_\_\_\_\_

Efectos secundarios o reacciones adversas: \_\_\_\_\_

Indicaciones específicas: \_\_\_\_\_

Otra Información: \_\_\_\_\_

Si es necesario que este estudiante reciba este medicamento durante horas de clases para poder mantener o mejorar su estado de salud y para beneficio de su asistencia a la escuela. Por favor notifíquelo al director y/o a la enfermera de la escuela y a los padres/tutor si surge algún problema.

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico      Fecha      Teléfono      Fax

**Favor escribir el apellido del médico**      **Nombre de la clínica/dirección**

**PARA USO DE LA ESCUELA SOLAMENTE:**

Fecha Recibido/Por: \_\_\_\_\_ Revisión de la Enfermera de la Escuela: \_\_\_\_\_

El Medicamento se Encuentra en:

con el estudiante, medicamento de emergencia solamente     en la Enfermería     en el Salón de Clase