



15110 1st Ave. NE, PO Box 519 • Duvall, WA 98019 • 425.844.4500 • 425.844.4502 FAX

www.rsd407.org

AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS

Ordenar que se administre medicamento a un estudiante durante la escuela SOLAMENTE CUANDO SEA ABSOLUTAMENTE NECESARIO. Cuando sea posible, se exhorta al padre y al médico a diseñar un horario para administrar el medicamento fuera del horario de escuela. Si esto no es posible, el medicamento será administrado por personal designado de la escuela. Los medicamentos recetados deben administrarse en su paquete original, con el nombre del medicamento, la dosis que debe tomarse, la frecuencia con la que debe administrarse, el nombre del Médico Licenciado y el nombre del niño(a). Los medicamentos sin receta se deben administrar en su paquete original con el nombre de medicamento, instrucciones y fecha de vencimiento claramente visibles. Esta autorización es válida solo por el año escolar presente. El medicamento que sobre debe recogerse de la escuela. Cualquier medicamento que no se recoja será destruido al acabar el año o al terminar el periodo de administración recetado, lo que suceda antes. La escuela no asume responsabilidad alguna por reacciones adversas cuando el medicamento se administre de acuerdo con las instrucciones del Médico Licenciado.

Nombre del alumno: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Escuela _____ Maestro/a: _____
 Nombre del padre/guardián: _____ Teléfono de casa: _____
 Teléfono de trabajo: _____ Teléfono Alternativo: _____
 Firma de padre/guardián: _____ Fecha: _____

UN MEDICAMENTO POR HOJA

Esta sección debe ser completada por el Medico Licenciado

Medicamento que debe administrarse: _____
 Dosis y modo de administración: _____
 Hora en que debe administrarse: _____
 Propósito de medicamento: _____
 Posibles efectos-secundarios del medicamento: _____
 Fechas de la administración del medicamento: _____ Año escolar presente _____ Otro: _____
 Requerimientos especiales de conservación: _____ Ninguno _____ Refrigerar _____ Otro: _____
 Puede administrárselo el alumno solo Sí No

Medico Licenciado (favor de escribir): _____ Fecha: _____
 Domicilio: _____ Teléfono: _____
 Firma: _____ Numero de fax: _____

School Nurse Review Date Received: _____ Date Reviewed: _____
 Expiration: _____ Signature: _____
 Notes: _____