

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS

para todas las recetas o los medicamentos administrados en la escuela

Escuela: _____ Año: _____ Fax: _____

Esta sección debe ser completada por el padre/madre / tutor: (por favor imprima)

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

Solicitud/autorizo a la escuela para administrar los medicamentos identificados al estudiante anterior. Entiendo que:

- Lo equipan medicamento en su envase original y recogerlo en el último día de escuela.
- La supervisará a la fecha de caducidad del medicamento

Fecha: _____

Los padres / Tutores / firma de Alumno

Medicamento solicitado: _____

Médico: _____ Teléfono: _____

Por favor marque sólo una casilla:

- Solicito que las personas autorizadas en la escuela ayudar a mi hijo a tomar el medicamento que se describe a continuación.
- Solicito que mi hijo puede autoadministrarse el medicamento. Iré eximir a indemnizar a la escuela y del distrito escolar de Bremerton agentes, empleados y agentes contra todos los reclamos, juicios o responsabilidades que surjan de la autoadministración y transporte de medicamentos por el niño mencionado anteriormente
- Voy a firmar este formulario en mi propio nombre (RCW 26.28.015 or RCW 70.02.30)

Esta sección debe ser completado por el proveedor de cuidado de la salud: (MD, DO, ND, DMD, DC, PA, ARNP, or CNM)

	Medicamento #1	Medicamento #2
Medicamentos:		
Dosis:		
Tabletas / cápsulas / líquido inhalador / inyección / otros		
Tiempo de dosis:		
Diagnóstico medico:		
Estudiante capaz de cargar y administrar con seguridad sin supervisión:	<input type="checkbox"/> Sí – instrucciones dadas al estudiante <input type="checkbox"/> No – puede no llevar auto / administrar	<input type="checkbox"/> Sí – instrucciones dadas al estudiante <input type="checkbox"/> No – puede no llevar auto / administrar

Solicito que el estudiante nombrado arriba administrarse el medicamento siguiendo las instrucciones arriba indicadas, como existe una razón de salud válido que hace recomendable la administración durante las horas escolares.

Medicamento autorizado para estas fechas: _____

Nombre del los proveedores de cuidado de salud: _____

Firma de los proveedores de cuidado de salud: _____ Fecha: _____