

**PADRES/TUTORES FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA MEDICAMENTO
(CON LA ORDEN DEL MÉDICO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS RECETADOS)**

Estudiante	Fecha

Escuela	Grado	Fecha de Nacimiento	Edad	Médico Hospital/Clinica/Oficina

Médico: Por favor complete la siguiente forma para que el personal de la escuela administre el medicamento como usted lo ha recetado.

Nombre y Dosis de Medicamento	Tableta, cápsula, pastilla, o otro	Número a tomar	Hora al día	corto/largo

Nombre del medicamento y efectos secundarios: _____

Condiciones en las que deben administrarse medicamentos según sea necesario (PRN): _____

Nombre impreso del médico: _____ Fecha: _____

Firma del médico: _____

PADRE/TUTOR: Complete esta parte después de que el médico haya completado la parte superior y devuelva este formulario a la oficina de la escuela.

- Por la presente doy mi permiso para que el personal de la escuela designado por el director de la escuela le dé medicamentos a mi hijo de acuerdo con las instrucciones del médico como se muestra arriba.
- Por la presente aceptó dar mi permiso al director/designado de la escuela para contactar al médico del niño.
- Además, acepto que las Escuelas Católicas de Roncalli y todos los empleados sean inofensivos en cualquier y todas las reclamaciones derivadas de la administración de este medicamento en la escuela.
- Estoy de acuerdo en notificar a la escuela por escrito al finalizar esta solicitud o cuando cualquier cambio en lo anterior sea necesario.

LOS MEDICAMENTOS RECETADOS LLEVADOS A LA ESCUELA DEBEN ESTAR EN RECIPIENTE DE FARMACIA CON ETIQUETA DUPLICADA.

Firma del padre/tutor legal _____

Número de teléfono _____ Fecha _____

PADRE/TUTOR: Complete esta parte y devuelva este formulario a la oficina de la escuela.

Acetaminophen Ibuprofen Otro (nombre) _____

Nombre y Dosis de medicamento	Tableta, cápsula, pastilla, o otro	Número a tomar	Hora al día	corto/largo

Por la presente doy mi permiso para que el personal de la escuela designado por el director de la escuela le dé medicamentos sin receta a mi hijo como se mencionó anteriormente.

Además, acepto que las Escuelas Católicas Roncalli y todos los empleados sean inofensivos en cualquier y todas las reclamaciones derivadas de la administración de este medicamento en la escuela.

Estoy de acuerdo en notificar a la escuela por escrito al finalizar esta solicitud o cuando cualquier cambio en lo anterior sea necesario.

LOS MEDICAMENTOS SIN RECETA QUE SE TRAEN A LA ESCUELA DEBEN ESTAR EN SU ENVASE ORIGINAL.

Firma del padre/tutor legal _____

Número de teléfono _____ Fecha _____