



CENTRO INDEPENDIENTE ESCUELA DISTRITO SERVICIOS DE SALUD

Solicitud de administración de medicamentos en la escuela

Fecha en que la escuela recibió el formulario: _____

Nombre del estudiante (en letra de imprenta): _____

Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____ Maestro / aula : _____

Nombre de la medicación : _____

Tipo de medicación : _____ Prescripción _____ Sin receta (OTC)

Motivo de la medicación : _____

Forma de medicación / tratamiento: (Marque la casilla correspondiente)

_____ Tablet / cápsula _____ inyección _____ Otra _____

_____ liquido _____ nebulizador

_____ inhalante _____ Spray / Crema o loción

Instrucciones : (Horario y dosis a ser dado en la escuela)

Fecha de inicio : _____ Detener Fecha: _____

Restricciones y / o efectos secundarios importantes : _____ Ninguno anticipado _____ Sí (ver abajo)

Si es así, describa : _____

Instrucciones especiales de almacenamiento

_____ Ninguna _____ Refrigerar _____ Otro (por favor describa): _____

Información del médico :

Nombre (en letra de imprenta): _____

Dirección : _____ Teléfono: _____

Firma del médico: _____ Fecha: _____

Para ser completado por el padre o tutor

Doy permiso para que _____ (nombre del estudiante) reciba los medicamentos mencionados en la escuela de acuerdo con la política del Distrito. [Ver FFAC]

Firma del padre o tutor : _____ Fecha: _____

** Este formulario se desarrolló utilizando recursos de la Academia de Pediatría de América y del Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas.