

Consentimiento de Medicamento Escolar

Nombre del Estudiante: _____ Grado: _____
Fecha de Nacimiento: _____
Padre/Guardián: _____
Teléfono Primario: _____ Cel: _____ Trabajo: _____
Diagnostico(s): _____

Prescription medication orders must be completed by practitioner ONLY

Las órdenes de medicamentos recetados deben ser completadas SOLAMENTE por el profesional

Medication Name: _____ <i>Nombre de Medicamento</i>
Administration Instructions(Dose/Route/Time/s): _____ <i>Instrucciones de Administración (Dosis/Ruta/Horario/s)</i>
Effective Date: School Year 20__ - __ (including summer school) OR From _____ To _____ <i>Fecha efectiva Año Escolar incluyendo la escuela de verano O De Hasta</i>

Medication Name: _____
Administration Instructions(Dose/Route/Time/s): _____
Effective Date: School Year 20__ - __ (including summer school) OR From _____ To _____

Medication Name: _____
Administration Instructions(Dose/Route/Time/s): _____
Effective Date: School Year 20__ - __ (including summer school) OR From _____ To _____

Comments *Comentarios:* _____

Firma de Padre/Guardián Doy permiso al personal designado por el director de la escuela o la enfermera para que administre el medicamento mencionado arriba a mi estudiante de acuerdo con las instrucciones mencionadas arriba y les autorizo a que se comuniquen con el médico, si es necesario.

Firma de Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

PRACTITIONER SIGNATURE Practitioner signature directs the above medication administration and indicates willingness to communicate with school staff regarding this medication.
La firma del profesional dirige la administración de medicamentos mencionados e indica la voluntad de comunicarse con el personal de la escuela con respecto a este medicamento.

Practitioner Signature: _____ Date: _____

Practitioner Name, Address, Phone

