

SOLICITUD/PROCEDIMIENTOS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

Nombre de la escuela		
Nombre del estudiante	Fecha de nacimiento	Grado
Nombre de la medicina/Procedimiento médico	Dosis	_____ veces al día
Fecha para empezar la medicina/Procedimiento médico	Fecha para terminar la medicina/procedimiento médico	
Diagnóstico médico		
Acción esperada del medicamento/procedimiento médico/efectos secundarios/instrucciones adicionales sobre medicamentos		

El que firma abajo, comprende y está de acuerdo que el procedimiento médico o la medicina antes mencionada puede administrarlo el personal sin título de enfermero en el Distrito Escolar 51 del Valle del Condado de Mesa de acuerdo con las instrucciones anteriores.

Médico

Nombre	Teléfono
Firma	Fecha

_____ Iniciales médico

El estudiante comprende el uso apropiado de sus medicinas, y en mi opinión médica, él/ella puede llevar, con aprobación de la enfermera de la escuela, una dosis de la medicina antes mencionada y usarla en la escuela de forma independiente.

Padre/tutor legal

Por la presente, doy permiso a la escuela para administrar la medicina y tratamiento como se prescribe anteriormente. Yo también, doy permiso a la escuela para comunicarse con el médico con respecto a la administración de esta medicina/procedimiento médico y para que comparta la información antes mencionada con el personal pertinente de la escuela.	
Nombre	Teléfono
Firma	Fecha

Consulte la Política de la Junta Escolar JLCD 12-22-102(11), C.R.S.