



**SOLICITUD PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS A LOS ESTUDIANTES DURANTE EL DÍA ESCOLAR**

Si es necesario que un estudiante tome medicamentos o reciba tratamiento durante el día escolar, el padre o tutor legal deberá completar este formulario de solicitud y entregarlo a la Clínica de Salud Shalom. Si el medicamento o tratamiento es recetado por un médico, el padre o tutor legal debe presentar una receta escrita del médico de su hijo o la etiqueta de la farmacia con la solicitud. Esta solicitud esta en efecto hasta que se presente una terminación o cambio de medicamento. Todas las solicitudes se terminan al final del año escolar.

**AUTORIZACIÓN DEL PADRE O TUTOR LEGAL**

Solicito que el medicamento descrito a continuación sea administrado a mi hijo/tutela en los tiempos especificados durante el día escolar. Daré el medicamento al personal de cuidado de salud en su envase original con etiqueta. Medicamento recetado tendrá el nombre del estudiante y la dosis exacta.

Yo entiendo que este medicamento será administrado a mi hijo solamente por miembros de personal autorizados y se mantendrá en un lugar seguro en un gabinete o refrigerador.

\_\_\_\_\_  
Nombre de Estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Nombre de Medicamento

Prescripción \_\_\_\_\_ Sin Receta \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Prescripción/Instrucciones de Medicamento (¿Cuánto y cada cuándo?)

\_\_\_\_\_  
Propósito del Medicamento

\_\_\_\_\_  
Nombre de Recetador

\_\_\_\_\_  
Número Telefónico de Recetador

\_\_\_\_\_  
Nombre y Número de la Farmacia

\_\_\_\_\_  
Numero de Receta en Frasco, Si Procede

Le doy permiso a mi hijo para el transporte de la medicación a y de la escuela: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en Letras de Imprenta

\_\_\_\_\_  
Número Telefónico de Contacto