



SERVICIOS DE SALUD DE LAS ESCUELAS PÚBLICAS DE HAVERHILL
CONSENTIMIENTO DE PADRES / GUARDIANES
PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Nombre del estudiante: _____ Sexo: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
Escuela: _____ Grado: _____ Año de graduación: _____
Diagnóstico: _____
Alergias a alimentos / medicamentos: _____
Otros medicamentos tomados por el estudiante: _____
Nombre de padre / guardian: _____
Número de cel: _____ - _____ - _____ Número de trabajo: _____ - _____ - _____
Nombre del proveedor con licencia: _____
Teléfono comercial: _____ - _____ - _____

In case of emergency, if parent not available, please notify:

Nombre: _____
Casa #: _____ - _____ - _____ Cell #: _____ - _____ - _____ Trabajo #: _____ - _____ - _____

Medicamento _____
Dosis _____ Frecuencia _____ Hora ____:____:____
fecha del pedido ____/____/____ fecha final ____/____/____
Instrucciones específicas (es decir, tomar con alimentos) _____
Almacenamiento: Temperatura ambiente Refrigerado Otras instrucciones: _____
Efectos secundarios potenciales _____
Todos los medicamentos deben entregarse en el envase/envase original y actual con la etiqueta de la farmacia..

CONSENTIMIENTO DE PADRES / GUARDIANES

Doy mi consentimiento para que el medicamento anterior sea administrado por la enfermera de la escuela.
Doy permiso para que la enfermera de la escuela comparta información relevante a la medicación prescrita como él / ella determine que es apropiado para la salud y seguridad de mi hijo/a. **Si No**

Doy permiso para que la enfermera de la escuela delegue este medicamento a un miembro del personal capacitado para ser administrado al estudiante el día de una excursión. **Si No**

Entiendo que puedo recuperar el medicamento de la escuela en cualquier momento y que el medicamento se desechará si no se recoge dentro de una semana después de la finalización de la orden o el último día de clases.

Firma de Padre/ Guardian: _____ Fecha: ____/____/____

Firma de la enfermera de la escuela _____ Fecha: ____/____/____