

VENUS INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

SOLICITUD DE ADMINISTRACIÓN DE

PRESCRIPCIÓN MÉDICA

****DURANTE EL HORARIO ESCOLAR POR EL PERSONAL ESCOLAR****

Nombre de Estudiante _____ Fecha de
Nacimiento _____

Por la presente pido y autorizo a la enfermera de la escuela u otro personal autorizado
para administrar los siguientes medicamentos a mi hijo:

Nombre del Medicamento _____

Concentración de la Dosis _____

Direcciones _____

Observaciones/Comentarios _____

Nombre del Médico de Prescripción _____

Número de Teléfono del Médico _____

Firma del Médico _____

**LOS MEDICAMENTOS RECETADOS DEBEN TRAERSE A LA ESCUELA EN EL
ENVASE ORIGINAL COMO DISPENSADO POR LA FARMACIA O EL MÉDICO**

Si se produce cualquier revisión de la solicitud anterior, una declaración revisada por
escrito debe ser presentado a la escuela.

Firma del Padre / Tutor _____ Fecha _____