

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 _____

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

La etiqueta debe indicar claramente el nombre del medicamento, las instrucciones de dosificación y la fecha prescrita.

Si el medicamento se administra en su casa como en la escuela, solicitar al farmacéutico de dividir la prescripción en dos contenedores.

Si se produce cualquier revisión de la solicitud anterior, una declaración revisada por escrito debe ser presentado a la escuela. Además, es la responsabilidad del estudiante para venir a la clínica para el medicamento, a menos que él / ella es físicamente incapaz de hacerlo.

Firma del Padre / Tutor _____ Fecha _____