

SCHOOL DISTRICT OF JEFFERSON

**ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS A ESTUDIANTES**

(Favor de regresar esta hoja a la escuela)

Nombre \_\_\_\_\_ Nombre del Medico \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_ Direccion del Medico \_\_\_\_\_  
Escuela \_\_\_\_\_  
Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Telefono del Medico \_\_\_\_\_  
Telefono de Casa \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo \_\_\_\_\_ Fax del Medico \_\_\_\_\_

---

A los Padres/ Tutores/Medico:

En acuerdo con las leyes del Estado, el personal de la escuela le administrara el medicamento al estudiante siguiendo las instrucciones del medico y con la firma de consentimiento de los Padres/Tutor. El personal de la escuela administrara medicamento sin receta al estudiante solo con instrucciones y la firma de los Padres/Tutor. El medicamento debera ser proporcionado en el envase o paquete original. Por seguridad y proteccion, los medicamentos enviados en cualquier otro envase o paquete no seran admitidos por el personal. Firmando esta hoja, usted libera al Consejo de Educacion, agentes y empleados de cualquier y toda responsabilidad que pueda resultar del consumo de este medicamento.

---

Si el medicamento sera administrado en la escuela o durante alguna actividad escolar, la siguiente informacion debera ser completada y firmada por el medico y firmado por los Padres/Tutor. Si el medicamento no es recetado, la siguiente informacion debera ser completada y firmada por los Padres/Tutor.

Medicamento \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Frecuencia \_\_\_\_\_

Fecha de inicio \_\_\_\_\_ Ultima fecha \_\_\_\_\_

Forma: \_\_\_\_\_ Pastilla/Capsula \_\_\_\_\_ Liquido \_\_\_\_\_ Inhalador \_\_\_\_\_ Nebulizador \_\_\_\_\_ Inyeccion  
\_\_\_\_\_ En situaciones de emergencia \_\_\_\_\_ Otro

Hora(s) a la que sera administrado \_\_\_\_\_ Razon por la q se administra \_\_\_\_\_

Si se administra segun sea necesario, porfavor explique \_\_\_\_\_

Instrucciones especiales \_\_\_\_\_

Efectos secundarios (la reaccion al medicamento) \_\_\_\_\_

\*Medicamentos de emergencia (inhalador, glucagon, insulina epipen) el estudiante puede administrar/cargar \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No

---

Firma Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
(Firma requerida para medicamentos con o sin receta)

**Como medico autorizado, estoy dispuesto a estar en contacto con la persona que administre el medicamento.**

Firma del Medico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
(Firma requerida solo para medicamentos recetados)