Escuela del Distrito Bethel #52
Eugene, Oregon 97402

Autorización para el Personal de la Escuela para Administrar Medicación

Nombre del/la Alumno/a_____Fecha de Nacimiento_____
Grado_____Maestro_____Escuela_____

Yo doy mi permiso al personal de la escuela para administrar a mi hijo/a lo siguiente:

Medicamento nombre y fuerza: _____ Dosis: (cuanto)_____ Frecuencia: _____ Administración: (circule uno) Por: Boca Oido Ojo Nariz Piel Hora:_____ Duración: Fecha Inicial_____ Fecha final_____ ____Por favor déle permiso a mi hijo/a para administrase el medicamento el/ella mismo/a. (Favor de leer la forma que explica la administración del medicamento por medio del estudiante.) Razón para tomar el medicamento: ☐ Descripcion en la etiqueta coincide con las pildoras ☐ Medicacion contada	Health Room Office Use Only Daily Short Term Medication Only Date_____Time_____Initial_____ Date_____Time_____Initial_____ Date_____Time_____Initial_____ Date_____Time_____Initial_____ Date_____Time_____Initial_____ Date_____Time_____Initial_____ Date_____Time_____Initial_____ Date_____Time_____Initial_____ Date_____Time_____Initial_____ Date_____Time_____Initial_____ Date_____Time_____Initial_____ Date_____Time_____Initial_____ Date_____Time_____Initial_____ Date_____Time_____Initial_____ Date_____Time_____Initial_____ Initial: Staff Signature: _____ _____ _____ Date_____Amount_____

Entiendo que soy responsable de proporcionar esta medicación y mantener el suministro como se necesite. Entiendo que yo seré responsable de notificar a la escuela por escrito, si hay algunos cambios. Los padres de familia necesitan recoger todos los medicamentos que sobren el último día de escuela. Todo medicamento que se deje en la escuela será desechado.

Firma del Padre/Guardian_____Fecha_____
(Esta autorización se aplica solamente al medicamento listado arriba y por la duración de la administración del mismo durante el año escolar. Si el tratamiento va a ser todo el año escolar, favor de indicarlo en las instrucciones especiales. Esto también autoriza el cambio de información, cuando sea necesario, entre el personal de la escuela y/o con el proveedor del cuidado de la salud de mi hijo/a.)

Los adultos siguientes tienen mi permiso de transportar el medicamento indicado en esta forma.
_____ , _____ , _____

Physician Direction

I have prescribed the above medication for the student whose name appears at the top of this form. Instructions in the box are accurate.

_____ _____
Physician's Name (please print/stamp) Physician's Signature Date

Forms/Med: 2-20