

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DEL VALLE DE SONOMA

ORDEN DE MEDICAMENTOS PARA LA ESCUELA

Nombre del estudiante/paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Escuela _____ Maestro _____ Grado/Aula _____

A. ORDEN DEL DOCTOR

Diagnosis o razón para la medicina: _____

<i>Medicina</i>	<i>Dosis</i>	<i>Método de administración</i>	<i>Hora(s)</i>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Reacciones posibles u otras consideraciones serias con relación a la medicina(s):

LA ORDEN ES VALIDA DURANTE TODO EL AÑO ESCOLAR a menos que se especifique de otra manera aquí: _____

Para los INHALADORES DE ASMA SOLAMENTE:

1. El niño puede traer el inhalador y usarlo el solo Sí No
2. El niño debe tener Ed. Física con modificación Sí No

B. FIRMA DEL DOCTOR: _____ **FECHA:** _____

Nombre del doctor (por favor letra de molde)

Teléfono

C. SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES:

Yo solicito que mi hijo _____, sea ayudado al tomar el medicamento anterior en la escuela de acuerdo a la receta. Yo autorizo a la enfermera de la escuela o personal escolar designado a administrar la medicina. Yo estoy de acuerdo a, y por la misma libero al distrito y sus empleados de cualquier responsabilidad de cualquiera y todas las querellas, demandas, causas de acción, responsabilidad de pérdida de cualquier clase debido a, o como resultado de, los actos u omisiones del distrito o sus empleados con respecto a esta medicina. Yo doy autoridad a la enfermera de la escuela para que se comunique con el doctor e intercambie información médica relacionada a este medicamento que ha recetado.

Yo entiendo que la escuela debe recibir el medicamento en el recipiente original con la etiqueta de la farmacia, la cual indique el nombre del paciente, medicina, dosis, método de administración, tiempo en que debe administrarse, y el nombre del doctor que la está recetando (o si es una medicina que se vende sin receta, la medicina debe estar en el paquete original).

Yo entiendo que la medicina no puede ser tomada en la escuela a menos que la escuela haya recibido cada uno de los siguientes: (a) orden actual del doctor (la orden debe ser renovada cada año escolar), (b) firma de los padres/tutor legal, y (c) medicina etiquetada apropiadamente.

FIRMA DE LOS PADRES O TUTOR LEGAL _____ **FECHA** _____