



## HAVERHILL ESCUELAS PÚBLICAS SERVICIOS DE SALUD

### Consentimiento de los padres/tutores para la administración de medicamentos

Nombre de estudiante: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Colegio: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Año de Graduación: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Alergias a alimentos/drogas: \_\_\_\_\_

Otros medicamentos tomados por el estudiante: \_\_\_\_\_

Nombre del padre / tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil #: \_\_\_\_\_ Trabajo #: \_\_\_\_\_

Nombre del doctor: \_\_\_\_\_ número de teléfono: \_\_\_\_\_

**En caso de emergencia, si el padre no está disponible, por favor notifique:** Nombre: \_\_\_\_\_

Casa #: \_\_\_\_\_ Célula #: \_\_\_\_\_ Trabajo #: \_\_\_\_\_

<b>Medicación</b> _____
<b>Dosis</b> _____ <b>Frecuencia</b> _____ <b>Hora</b> _____
<b>Fecha del pedido</b> _____ <b>Fecha final</b> _____
<b>Direcciones específicas (es decir, tomar con comida)</b> _____
<b>Almacenamiento:</b> temperatura ambiente refrigerado otras instrucciones: _____
<b>Efectos secundarios potenciales</b> _____
<b>Todos los medicamentos deben almacenarse en un frasco con receta etiquetado por la farmacia.</b>

#### CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES/TUTORES

Doy mi consentimiento para que la enfermera de la escuela administre el medicamento anterior. Doy permiso a la enfermera de la escuela para que comparta la información pertinente al medicamento recetado, según él/ella considere apropiado para la salud y seguridad de mi hijo. **Yes No**

Doy permiso para que la enfermera de la escuela delegue este medicamento a un miembro del personal capacitado para que se administre al estudiante el día de una excursión. **Yes No**

Entiendo que puedo recuperar el medicamento de la escuela en cualquier momento y que el medicamento se desechará si no se recoge dentro de una semana después de la finalización de la orden o el último día de clases.

Parent/ Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

School Nurse Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Medicación \_\_\_\_\_

Dosis \_\_\_\_\_ Frecuencia \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Fecha del pedido \_\_\_\_\_ Fecha final \_\_\_\_\_

Direcciones específicas (es decir, tomar con comida) \_\_\_\_\_

Almacenamiento: temperatura ambiente refrigerado otras instrucciones: \_\_\_\_\_

Efectos secundarios potenciales \_\_\_\_\_

**Todos los medicamentos deben almacenarse en un frasco con receta etiquetado por la farmacia.**

Medicación \_\_\_\_\_

Dosis \_\_\_\_\_ Frecuencia \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Fecha del pedido \_\_\_\_\_ Fecha final \_\_\_\_\_

Direcciones específicas (es decir, tomar con comida) \_\_\_\_\_

Almacenamiento: temperatura ambiente refrigerado otras instrucciones: \_\_\_\_\_

Efectos secundarios potenciales \_\_\_\_\_

**Todos los medicamentos deben almacenarse en un frasco con receta etiquetado por la farmacia.**

Medicación \_\_\_\_\_

Dosis \_\_\_\_\_ Frecuencia \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Fecha del pedido \_\_\_\_\_ Fecha final \_\_\_\_\_

Direcciones específicas (es decir, tomar con comida) \_\_\_\_\_

Almacenamiento: temperatura ambiente refrigerado otras instrucciones: \_\_\_\_\_

Efectos secundarios potenciales \_\_\_\_\_

**Todos los medicamentos deben almacenarse en un frasco con receta etiquetado por la farmacia.**

Parent/ Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

School Nurse Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_