

**ESCUELAS PÚBLICAS DE LYNN
SERVICIOS DE SALUD DE LA ESCUELA
AMINISTRACION DE MEDICAMENTOS EN LAS ESCUELAS**

AUTORIZACION/CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

Nombre del estudiante _____ Fecha Nac. _____

Sexo _____

Dirección _____ Escuela _____ Grado/# Clase _____

Name of Parent/Tutor _____ Home Tel. # _____

Tel Trabajo # _____ Cell # _____ Tel Emergencia # _____

****Otras person(as) que podemos contactar si no podemos comunicarnos con los padres ó tutor****

Nombre _____ Relación con Estudiante _____ Tel. # _____

Mi hijo(a) actualmente está tomando los siguientes medicamentos (se completará si no se viola la confidencialidad) ****Por favor liste todos los medicamentos que su niño(a) está tomando incluyendo el ó los que serán administrados durante el día en la escuela. ****

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Doy a conocer que mi hijo(a) es alergico a los siguientes: _____

1. Doy permiso para que la enfermera ó personal designado por la enfermera de la escuela le suministre el siguiente medicamento:

Indicado por: _____
(Profesional con Licencia)

Para: _____
(Nombre del Estudiante)

2. Doy permiso para que mi hijo(a) se autoadministre su medicación si la enfermera de la escuela determina que es seguro. Si _____ No _____

3. Doy permiso a la enfermera de la escuela para compartir con el personal apropiado de la escuela información relativa a la administración de la medicación prescrita, ej. efectos secundarios adversos, si el ó ella considera necesario para la salud y seguridad de mi hijo(a).

Si _____ No _____ Alguna restricción _____

4. Doy permiso para que mi hijo(a) sea fotografiado para el programa de medicamentos.

Si _____ No _____

5. Doy permiso para que la información de medicación sea archivada con su registro de salud escolar.

Si _____ No _____

Nota: Yo entiendo que puedo recuperar el ó los medicamentos y foto de mi hijo(a) de la escuela en cualquier momento y que el ó los medicamentos y foto serán destruidos si no son recogidos dentro de una semana después de la terminación de la medicación ó una semana después del cierre de la escuela.

Firma del Padre/Tutor

Fecha