

**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**