

ESCUELAS PÚBLICAS DE LYNN
Servicios de Salud Escolar
Entrega de Medicamentos/Tratamiento en las Escuelas
Formulario de Consentimiento de Padres

PERMISO/CONSENTIMIENTO DE PADRES para administrar medicamentos/tratamientos en el entorno escolar:

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____ Sexo _____

Dirección _____ Escuela _____ Grado/Aula# _____

Nombre del Padre/Tutor _____ Teléfono de Casa _____
(Por favor, escriba en letra impresa)

Teléfono del Trabajo _____ # Celular _____ # Emergencia _____

****Otra(s) persona(s) que debe(n) ser notificada(s) en caso de emergencia si no puede(n) comunicarse con los padres/tutor(es)**

Nombre _____ Relación con el Estudiante _____ # Celular _____

Mi hijo/hija está recibiendo actualmente los siguientes medicamentos/tratamientos. Por favor, enumere todos los medicamentos/tratamientos que el niño está recibiendo, incluyendo los que se administran durante el día escolar.

**Para ser completado si no viola la confidencialidad*

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

Mi hijo/hija tiene las siguientes alergias: _____

Doy permiso para que la enfermera de la escuela o el personal de la escuela designado por la enfermera de la escuela administre la siguiente medicación/tratamiento _____ prescrito por

_____ **PARA** _____.

Prescriptor con Licencia

Nombre del Estudiante

1. **Doy permiso para que mi hijo/hija se auto-administre su medicamento/tratamiento si la enfermera de la escuela determina que es seguro** Sí No
2. **Doy permiso para que mi hijo/hija sea fotografiado por la enfermera para asegurar una administración segura.** Sí No

**Entiendo que puedo recuperar la medicación o la foto de mi hijo/a en la escuela en cualquier momento y que la medicación y la foto serán destruidas si no se recogen antes del último día de clase en junio.*

**Notificaré a la enfermera de la escuela inmediatamente para cualquier cambio en esta orden de medicación/tratamiento.*

**Reconozco que la enfermera de la escuela puede compartir la información de salud pertinente con el personal escolar apropiado.*

Firma del Padre/Madre/Tutor

Fecha