

WATERTOWN UNIFIED SCHOOL DISTRICT

****FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA ADMINISTRACION DE
MEDICAMENTOS ****

Nombre de niño(a): _____ Fecha de nacimiento: _____

Peso: _____

Escuela: _____ Grado: _____

Un padre/tutor necesita cumplir a esta sección

Medicación venden sin receta

Nombre de la medicación: _____

Dosis: _____

Tiempo: _____ (o)

Condición cuando debe dar la medicación: _____

Razón por la medicación: _____

Duración por la medicación: _____

Efectos colaterales (posibles): _____

Comentarios: _____

Un Médico necesita cumplir a esta sección

Medicamentos recetados

Nombre de la medicación _____

Manera: _____

Dosis: _____

Tiempo: _____ (o)

Condición cuando debe dar la medicación: _____

Razón por la medicación: _____

Duración por la medicación: _____

Efectos colaterales (posibles): _____

Comentarios: _____

El estudiante es capaz de llevar su inhalador/injector de epinefrina: _____ Sí, _____ No

Firma de Médico: _____

Número de teléfono: _____ Fecha: _____

POR TODOS LOS MEDICAMENTOS

*Estudiantes son capaz de llevar su inhalador/injector de epinefrina si el consentimiento es completado por los padres/tutores. Es necesario que los otros medicamentos deben guardarse en el área designado en la oficina de la escuela. Ubicación del Inyector de Epinefrina: _____

Ubicación de Inhalador: _____

Mi hijo(a) puede llevar su inhalador/injector de epinefrina: _____ Sí, _____ No

Firma de padre/tutor: _____ Fecha: _____

Medicación Suspendido-Firma de padre/tutor: _____ Fecha: _____

POR TODOS LOS MEDICAMENTOS

Enfermero(a)/Firma: _____ Fecha: _____