

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: _____