

Forma de medicamentos de los padres para las escuelas de Putnam City

Ya que mi estudiante no tiene problemas de salud, y según las instrucciones de éste medicamento, mi estudiante no debe presentar ningún problema al tomarlo. Mi estudiante no está tomando ningún otro medicamento que pudiera provocar una reacción o efectos secundarios con ésta medicina. Si quiero que se detenga la administración de este medicamento yo notificaré a la escuela por escrito. De otra manera, entiendo que el medicamento permanecerá en la clínica escolar durante el período del año escolar y será administrado por la enfermera escolar o empleado designado de acuerdo a las instrucciones indicadas.

Los medicamentos deben ser recogidos por un padre/tutor al final del año escolar. Los medicamentos que no sean recogidos al final del año escolar serán destruidos.

Favor de administrar el medicamento de acuerdo a las siguientes instrucciones:

MEDICAMENTO SIN RECETA

Favor de llenar esta forma y devolver a la escuela con la dosis apropiada para la edad del estudiante en el paquete del medicamento **NUEVO Y SIN ABRIR**.

Estudiante: _____ FDN _____ Grado/maestro(a) _____

Medicamento: _____ Dosis: _____

Objetivo: _____ Horario: _____

Fechas de aplicación: _____ Alergias: _____

Teléfono durante el día: _____

Firma de los padres/tutores

Fecha

Instrucciones especiales: _____

MEDICAMENTOS DE RECETA

Favor de llenar esta forma y devolverla a la escuela con el medicamento en su envase **ORIGINAL** o, en caso de muestras médicas, con una nota del médico.

¿Contamos con su permiso para ponernos en contacto con su medico familiar en caso de que tengamos preguntas acerca de éste medicamento? SI NO

Estudiante: _____ FDN _____ Grado/maestro(a) _____

Medicamento: _____ Dosis: _____

Objetivo: _____ Horario: _____

Fechas de aplicación: _____ Nombre del Dr.: _____

Cantidad de pastillas enviadas a la escuela: _____ Alergias: _____

Teléfono durante el día: _____

Firma de los padres/tutores

Fecha

Cantidad de pastillas que llegaron a la escuela: _____

Firma enfermera/asistente/secretaria

Fecha

Instrucciones especiales: _____

Autorizo a la escuela para dar la dosis matutina después de haberse puesto en contacto conmigo y en caso de no haberla tomado en casa. La dosis matutina es: _____

Firma de los padres/tutores

Fecha

Yo, aquí libero al distrito escolar número 1 del condado de Oklahoma, del distrito comúnmente conocido como Escuelas de Putnam City, a sus oficiales y empleados, de cualquier y toda responsabilidad que pudiera resultar de que mi estudiante lleve consigo su inhalante para el asma, epipen, o materiales para diabéticos, hacia y de, la escuela.

Firma de los padres/tutores

Fecha