

# Consentimiento de Medicamento Escolar

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Teléfono Primario: \_\_\_\_\_ Cel: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Diagnostico(s): \_\_\_\_\_

## **Prescription medication orders must be completed by practitioner ONLY**

*Las órdenes de medicamentos recetados deben ser completadas SOLAMENTE por el profesional*

**Medication Name:** \_\_\_\_\_

*Nombre de Medicamento*

**Administration Instructions(Dose/Route/Time/s):** \_\_\_\_\_

*Instrucciones de Administración (Dosis/Ruta/Horario/s)* \_\_\_\_\_

**Effective Date:** School Year 20\_\_ - \_\_ (including summer school) **OR** From \_\_\_\_\_ To \_\_\_\_\_

*Fecha efectiva*

*Año Escolar*

*incluyendo la escuela de verano O De*

*Hasta*

**Medication Name:** \_\_\_\_\_

**Administration Instructions(Dose/Route/Time/s):** \_\_\_\_\_

**Effective Date:** School Year 20\_\_ - \_\_ (including summer school) **OR** From \_\_\_\_\_ To \_\_\_\_\_

**Medication Name:** \_\_\_\_\_

**Administration Instructions(Dose/Route/Time/s):** \_\_\_\_\_

**Effective Date:** School Year 20\_\_ - \_\_ (including summer school) **OR** From \_\_\_\_\_ To \_\_\_\_\_

**Comments** *Comentarios:* \_\_\_\_\_

**Firma de Padre/Guardián** Doy permiso al personal designado por el director de la escuela o la enfermera para que administre el medicamento mencionado arriba a mi estudiante de acuerdo con las instrucciones mencionadas arriba y les autorizo a que se comuniquen con el médico, si es necesario.

Firma de Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**PRACTITIONER SIGNATURE** Practitioner signature directs the above medication administration and indicates willingness to communicate with school staff regarding this medication.

*La firma del profesional dirige la administración de medicamentos mencionados e indica la voluntad de comunicarse con el personal de la escuela con respecto a este medicamento.*

Practitioner Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Practitioner Name, Address, Phone

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_