



## Distrito Escolar Unificado de Chandler #80

### Consentimiento para dar Medicamentos Recetados y Sin Receta en la Escuela

indicar aquí si es Sin Receta

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Para medicamentos recetados, es requerido que el médico llene la información siguiente. El padre/guardián puede llenar la siguiente información para medicamentos sin receta. El medicamento debe entregarse a la escuela en el envase original con la etiqueta intacta. El medicamento debe administrarse de la siguiente manera:

Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

Concentración del medicamento: \_\_\_\_\_

Cantidad: \_\_\_\_\_

Horario de administración en la escuela: \_\_\_\_\_

Razón del medicamento: \_\_\_\_\_

Fecha para discontinuar el medicamento: \_\_\_\_\_

Alergias conocidas: \_\_\_\_\_

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Medico

\_\_\_\_\_  
Fecha

Yo autorizo al Distrito Escolar y a sus empleados y agentes, en ayudar en la administración del medicamento identificado y recetado por el médico de mi hijo. **Reconozco que pueda ser necesario que la ayuda en la administración de medicamentos para a mi hijo sea administrada por alguien que no sea una enfermera, y doy mi consentimiento en tal práctica.**

Entiendo que la ley establece que no habrá ninguna responsabilidad por daños civiles como resultado de la asistencia en la administración de medicamento y/o tratamiento cuando la persona que asiste en la administración del medicamento y/o tratamiento actúe como una persona razonablemente prudente lo haría bajo las mismas o similares circunstancias. Entiendo que un adulto debe presentar el medicamento a un representante de la escuela. Asumiré toda la responsabilidad por el suministro, el transporte y el mantenimiento apropiado del medicamento. Si hay cambios al medicamento o dosificación, la escuela debe ser notificada inmediatamente, y un nuevo formulario debe ser llenado. Doy permiso en el intercambio de información directamente con el medico al respecto del medicamento de mi hijo.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono del Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono del trabajo