

MARCOS DE NIZA HIGH SCHOOL

AUTORIZACIÓN

Consentimiento De Padres Para La Administración De Medicamentos En El Colegio

Por medio de esta forma doy consentimiento para que la enfermera del colegio, u otra persona autorizada por la administración, le administre a mi hijo, _____ (nombre del estudiante), quien actualmente recibe medicamento recetado por el doctor _____ (nombre del doctor), durante el período desde _____ hasta el _____.

Entiendo que yo mismo proveeré tal medicamento en el envase original, éste se traerá su etiqueta marcada de la siguiente manera:

1. Nombre del medicamento y número de receta _____
2. Dosis señalada _____
3. Indicación para su administración (oral, etc.) _____
4. Hora específica en la cual se tiene que administrar _____
5. Tiempo que durará el tratamiento _____
6. Nombre del doctor (debe de estar en la etiqueta), sino con medicamentos que no requieren una receta médica _____
7. Razón por la cual el medicamento es necesario _____

Firma del Padre/Guardián

Fecha

HAY QUE NOTIFICAR EL COLEGIO INMEDIATAMENTE EN CASO DE CAMBIOS EN EL MEDICAMENTO