

Distrito Escolar de DEERFIELD
Administración de Medicinas a Estudiantes
(Favor envíelo a la escuela de su niño)

Estudiante Nombre _____ Doctor Nombre _____

Fecha de Nacimiento _____ Masculino _____ Femenino _____ Dirección de Doctor _____

Escuela _____ Grado _____

Padre/Guardián _____ Teléfono del Doctor _____

Teléfono de casa _____ Teléfono de Trabajo _____ Fax de Doctor _____

A Padres/Guardián/Doctor:

El Distrito Escolar de Deerfield se le requiere por el estado para dar medicina recetada a estudiantes solo con indicaciones completas de un doctor y consentimiento firmado por el padre/guardián. La medicina debe ser proveída en el recipiente o paquete original. Por razones de seguridad y responsabilidad, medicina recibida en otro recipiente diferente a el original no será aceptada por personal de la administración. Firmando esta forma, usted libera a el Comité de Educación, sus agentes y empleados de cualquier o toda la responsabilidad que resulte por tomar esta medicina.

Medicina _____ Dosis _____ Frecuencia _____

Fecha que Comienza _____ Fecha que Termina _____

Forma: _____ Tableta/Capsula _____ Liquido _____ Inhalador _____ Nebulizer _____ Inyección

_____ Para episodio/o evento de emergencia solo _____ Otros _____

* Medicina de Emergencia (inhalador, glucagon, insulina, epi-pen). El estudiante La puede cargar/tomar el solo: Si _____ No _____

Hora que la debe tomar _____ Razón para esta medicina _____

Se le debe dar basado "cuándo necesite" favor describa _____

Instrucciones especiales _____

Efectos secundarios que (esperar o previsible) _____

Yo, el doctor que receto, estoy dispuesto a tener comunicación de persona a persona sobre como distribuir y administrar la medicina de arriba.

Firma del Doctor _____ Fecha _____

(Firma requerida para todas las medicinas recetadas)

Padre/Guardián Firma _____ Fecha _____

(Firma requerida para medicinas recetadas o no recetadas).