Distrito Escolar_____Escuela:_____Grado:_____

AUTORIZACION PARA ADMINISTRACION DE MEDICINA POR PARTE DEL PERSONAL ESCOLAR

Las Leyes y Reglamentos de Estado de Connecticut 10-212(a) requieren una orden escrita para medicina por un recetante autorizado (médico, dentista, enfermera graduada en práctica avanzada o asistente de médico) y la autorización escrita del padre/guardián, para la enfermera o en la ausencia de una enfermera, un principal o maestro designado para administrar medicinas. Las medicinas deben estar en el frasco original con etiqueta y despachada por un médico/farmacéutico.

Autorización del Recetante

Nombre del estudiante: _____Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Condición por la cual se administra la medicina: _____

Nombre de la medicina: _____ Dósis: _____ Medio: _____

Tiempo para administrar: _____ Si es PRN, frecuencia:_____

Efectos secundarios: _____ ninguno _____ Especifique: _____

ALERGIAS: _____ NO SI _____ (especifique): _____

Se administrará la medicina de: _____ a _____
Día/Mes/Año Día/Mes/Año

Nombre/Título del Recetante: _____
(letra de molde)

Teléfono: _____ Fax: _____

Dirección: _____
_____

Firma del Recetante; _____ Fecha:_____

Sello del Recetante

AUTORIZACION DEL PADRE/GUARDIAN

Solicito que la medicina mencionada arriba sea administrada por el personal de la escuela. Entiendo que debo suplir a la escuela con dósis para no más de 45 días. Entiendo que esta medicina será destruída si no se recoge dentro de una semana después que termine la orden o el último día de clases, o lo que ocurra primero.

Firma del Padre/Guardián : _____ Fecha:
_____

Teléfonos del Padre/Guardián: Hogar: _____ Trabajo: _____

Autorización / Aprobación para la Auto-administración de medicinas

La auto-administración de medicinas puede ser autorizada por el recetante y el padre/guardián y debe ser aprobada por la enfermera de la escuela de acuerdo a las reglas de la Junta.

Autorización del recetante para auto-administración: _____ SI _____NO _____
(firma) (fecha)

Autorización del padre/guardián para auto-administración: _____SI _____NO _____
(firma) (fecha)

Permiso de la enfermera para auto-administración: _____ SI _____ NO _____
(firma) (fecha)