



**ESCUELA MARENGO-UNION DEL DISTRITO 165**  
**2016-2017 FORMA DE AUTORIZACIÓN DE MEDICACIÓN DEL AÑOESCOLAR**

ESTUDIANTE \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

ESCUELA \_\_\_\_\_ GRADO \_\_\_\_\_ MAESTRA \_\_\_\_\_

NUMERO DE EMERGENCIA \_\_\_\_\_

**ESTA PARTA SERA COMPLETADO POR EL MEDICO DEL ESTUDIANTE:**

**TO BE COMPLETED BY STUDENT'S PHYSICIAN:**

NAME OF MEDICATION \_\_\_\_\_

DOSAGE \_\_\_\_\_ TIME \_\_\_\_\_

DURATION OF MEDICATION \_\_\_\_\_

TYPE OF ILLNESS OR DISEASE \_\_\_\_\_

MUST THIS MEDICATION BE ADMINISTERED DURING THE SCHOOL DAY IN ORDER TO ALLOW THE CHILD TO ATTEND SCHOOL TO ADDRESS THE STUDENT'S MEDICAL CONDITION? \_\_\_\_\_

SIDE EFFECTS TO BE ALERTED TO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**DOCTOR'S SIGNATURE**

\_\_\_\_\_  
**DATE**

\_\_\_\_\_  
**ADDRESS**

\_\_\_\_\_  
**PHONE**

FURTHER INSTRUCTION REMARKS: \_\_\_\_\_

Yo confirmo responsabilidad primaria de administrar la medicación a mi niño, sin embargo, en caso que no pueda hacer esto, autorizo empleados y agentes del distrito Marengo-Unión 165, administrar o procurar administrar a mi niño (o permitir que mi niño se administre asimismo, mientras esta debajo de supervisión de empleados y agentes del distrito en la escuela), legalmente administrar medicamentos prescrita en la manera descrita arriba. RECONOZCO QUE PUEDE SER NECESARIO QUE UN INDIVIDUO O LA ENFERMERA DE LA ESCUELA O EL AYUDANTE DE LA SALUD ADMINISTRAR MEDICACIONES A MI NIÑO, Y ESPECÍFICAMENTE CONSIENTO A TALES PRÁCTICAS. Reconozco que cuando medicamentos sean legalmente escritas y son administrados o procuran ser administrados, renuncio cuales quiera demanda que podrá tener contra el distrito de la escuela, los empleados y otros agentes que sean relacionados con de la administración de la medicación dicha. Además, convengo considérese inofensivo e indemnice el distrito de la escuela, empleados y agentes, en común o otros, y contra quien quiera y de todas demandas, heridas, causadas de la acción o de lesiones incurridas o que resultaron de la administración o tentativas en la administración de la medicación dicha.

\_\_\_\_\_  
**Firma De Padres**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**PARA EL USO DE LA OFICINA SOLAMENTE**  
**FOR OFFICE USE ONLY**

\_\_\_\_\_  
 PERSON OBTAINING PERMISSION BY PHONE      PERSON GRANTING PERMISSION BY PHONE

\_\_\_\_\_  
**TIME**

\_\_\_\_\_  
**DATE**