



ESCUELA MARENGO-UNION DEL DISTRITO 165
2017-2018 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