



ESCUELA MARENGO-UNION DEL DISTRITO 165
2018-2019 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