



Escuelas Publicas de Albany SD 8J
 Greater Albany Public Schools 8J
 718 7th Avenue SW Albany, OR 97321

Autorización para la Administración de Medicamentos por el Personal de la Escuela

Authorization for Medication Administration by School Personnel

Para: _____ De: _____
 (Director/a) (Nombre de la Escuela)

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Grado: _____ Maestro/a: _____

Yo doy mi permiso al personal de la escuela para administrar a mi hijo/a los siguientes medicamentos: _____

Para ser completado por Padre o Medico:

Medicamento: _____	<input type="checkbox"/> No es una prescripción
Dosis (Cuanto): _____	<input type="checkbox"/> Prescripción #: _____
Frecuencia: _____ (Cada cuanto tiempo)	<input type="checkbox"/> Por favor permitir que mi hijo/a pueda El/ella misma el medicamento. (Referir a la regulación del distrito para auto medicarse).
Aplicación (Circule uno)	
Por: Boca Oído Ojo Nariz Piel	
A que hora: _____	
Duración: Fecha de Inicio _____	Fecha de Termino: _____
Razón del medicamento: _____ _____ _____	
Instrucciones Especiales: _____ _____ _____	

Yo entiendo que soy responsable de proveer este medicamento y de mantener suministrando según se necesite. Yo entiendo y soy responsable de notificar a la escuela por escrito de algún cambio. Los Padres son requeridos de recoger los medicamentos el último día de la escuela. Todo medicamento dejado en la escuela será desechado.

Firma del Padre/Apoderado: _____ **Fecha:** _____

(Esta autorización aplica solamente a la lista de medicamentos anteriormente nombrados, por el tiempo del tratamiento en un año escolar). Esto también autorizo a un intercambio de información, de ser necesario entre la enfermera de la escuela y el personal apropiado de la escuela y/o el proveedor de salud de mi hijo/a.