



Escuelas Publicas de Albany SD 8J  
Greater Albany Public Schools 8J  
718 7<sup>th</sup> 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.*