

**Escuelas Públicas de Greater Albany**  
**Autorización para la Administración de Medicamentos por el Personal de la Escuela**

Para: \_\_\_\_\_ de: \_\_\_\_\_  
(Nombre del Administrador) (Nombre de la escuela)

Nombre legal del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_ Maestro: \_\_\_\_\_

Yo doy mi permiso al personal de la escuela de administrar medicamentos a mi estudiante por lo siguiente:

Padre/Apoderado o Medico que completó esta sección:

Medicamento: \_\_\_\_\_

Non hay prescripción  # Rx de Prescripción \_\_\_\_\_

Dosis (cantidad): \_\_\_\_\_

Frecuencia (que seguido): \_\_\_\_\_

Vía (encierre uno con un circulo): Boca Oído Ojos Nariz Piel

La hora que se administrará el medicamento: \_\_\_\_\_

Duración: Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de Término: \_\_\_\_\_

Razón por la medicación:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Instrucciones especiales:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_ Por favor permita que mi hijo/a se auto administre este medicamento (ver la póliza del distrito escolar sobre la auto administración de medicamentos).

\_\_\_ Por favor envíe este medicamento a todos los paseos escolares que coincidan con los horarios de la dosis.

**Yo entiendo que soy responsable de proveer este medicamento y mantener abastecido tal y como se necesite. Yo entiendo que soy responsable de notificar por escrito de cualquier cambio a la escuela. Los padres/apoderados son requeridos de recoger toda la medicación, que no sea usada el último día de clases. Todo medicamento dejado en la escuela será desechado.**

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Apoderado

\_\_\_\_\_  
Fecha

*Esta autorización es válida solamente para la medicación listada anteriormente y para la duración del tratamiento o el año escolar. Esta también autoriza, a un intercambio de información, como sea necesario entre la enfermera de la escuela, el personal apropiado de la escuela y/o el proveedor de salud del niño/a.*