

# Seymour Community Schools

## FORMA DE AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTO/TRATAMIENTO

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

**La sección siguiente deberá ser completada por uno de los padres o tutor legal:**

Mencione la condición de salud de su hijo/a y alergia: \_\_\_\_\_

Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

Medicamentos administrados por la escuela

Fecha de caducidad: \_\_\_\_\_ Cantidad a administrar: \_\_\_\_\_ Hora a administrar: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_  Fecha en que se firmó la forma

Fecha de término: \_\_\_\_\_  Final del año escolar

Por favor ponga sus iniciales a continuación para dar permiso para administrar los siguientes medicamentos y autorice la administración con su firma en la parte de abajo. Los medicamentos serán administrados de acuerdo con la política de la escuela:

\_\_\_\_\_ Antiácido

\_\_\_\_\_ Protector solar

\_\_\_\_\_ Pastillas para la tos

\_\_\_\_\_ Pomada con triple antibiótico

\_\_\_\_\_ Ibuprofeno

\_\_\_\_\_ Tylenol

*(solo para edades de 12 en adelante)*

**Medicamento recetado DEBERA** estar en la botella original con su etiqueta. En la etiqueta tiene que tener el nombre del niño (a), nombre del medicamento, la cantidad que se le va a administrar, nombre del doctor, nombre de la farmacia y el número de teléfono.

**Medicamento sin receta DEBERA** estar en la botella original y deberá estar marcado con el nombre del estudiante. La cantidad que se le va a administrar al estudiante no se puede exceder de la dosis especificada en la etiqueta sin la autorización de un médico. No se administrara aspirina productos con aspirina y/o productos naturopaticos (de herbolaria natural) sin la orden de un médico.

Por la presente, doy permiso a la enfermera de la escuela, al director o al personal capacitado designado por la escuela para ayudar a la administración del medicamento prescrito y / o tratamiento para mi estudiante mientras está en la escuela y fuera de la escuela mientras participa en actividades escolares oficiales.

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Esta forma de consentimiento designada en cumplimiento con las provisiones del código de Indiana 34-4-16.5-35 y enmiendas al mismo, y el Artículo 51 de la Comisión de Educación General.