

AUTORIZACION PARA MEDICAMENTOS O TRATAMIENTOS RECETADOS

Padre/Guardian: Un doctor debe proveer una orden por escrito con el nombre del estudiante, la cantidad de medicamento para ser administrado, identificación del medicamento, direcciones para el administramiento adecuado del medicamento, y la firma del doctor. ESTA INFORMACION ES NECESARIA PARA QUE EL ESTUDIANTE RECIBA EL MEDICAMENTO/TRATAMIENTO RECETADO EN LA ESCUELA.
POR FAVOR COMPLETE ESTA FORMA EN SU TOTALIDAD.

Nombre del estudiante	Dirección	
Escuela	Grado	Fecha de Nacimiento

A. Por este medio pido que una persona autorizada por el Condado de Washington, administre la siguiente prescripción de medicamento y/o tratamiento. (Se requiere que toda prescripción esté en el empaque original. El empaque puede tener una estampilla con la prescripción o la enfermera puede utilizar la información en esta hoja.) **Entiendo que una prescripción para Extracto Bajo de Hep THC no será administrada a mi hijo(a) a menos que todos los requisitos de "MSDWT Administrative Guideline 5300" – acerca del Uso de Medicación sean cumplidos.**

Medicamento Prescrito: _____

Dosis/Frecuencia/Número de Prescripción: _____

Instrucciones Para la Administración/Efectos Secundarios: _____

Fecha de Comienzo de Administración: _____ Ultimo día: _____

****La enfermera escolar completará esta sección cuando reciba la prescripción del medicamento.****

Nombre de la Farmacia: _____

Número de Teléfono de la Farmacia: _____

Medicamento Verificado, Dosis, y Frecuencia: _____

Nombre del Doctor: _____

B. Para todos los estudiantes del K-8 grados y pre-escolar, asumo responsabilidad por la entrega segura de este medicamento, a la enfermería de la escuela, al principio del año escolar, y al final del año escolar. **Pre-escolar y estudiantes de los grados K-8 NO pueden transportar medicamento a la escuela.** Medicamentos que permanezcan en la escuela, luego del final del año escolar, serán destruidas.

C. **Estudiantes de North Central podrán transporter medicamentos a la escuela si esta forma (5330 F/B) esta completa y firmada (por padre/guardian) en su expediente.** Medicamentos que se queden en la escuela luego del fin del año escolar, serán destruidos.

D. Le notificaré a la escuela, por escrito, si hay algun cambio en el uso del medicamento(s)/tratamiento:

X _____	_____
Firma del Padre/Guardian	Fecha
_____	(H) _____ (W) _____
Nombre del Padre/Guardian	Números de Teléfono

ESTE PERMISO ES VALIDO SOLO POR EL ANO ESCOLAR PRESENTE Y SOLO PARA EL ESTUDIANTE NOMBRADO EN EL FORMULARIO. LOS ESTUDIANTES NO PUEDEN COMPARTIR SUS MEDICAMENTOS CON OTROS ESTUDIANTES. VIOLACIONES A ESTE ACUERDO RESULTARAN EN ACCION DISCIPLINARIA.