



AUTORIZACIÓN PARA MEDICAMENTOS O TRATAMIENTOS RECETADOS

Padre/Tutor: 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. LA SIGUIENTE 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.**

Prescripcion Medica: _____

Dosis/Frecuencia/Número de Prescripción: _____

Instrucciones Para la Administración/Efectos Secundarios: _____

Fecha de Comienzo de Administración: _____ Ultimo dia: _____

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

Nombre de la Farmacia: _____

Númer de Teléfono de la Farmacia: _____

Medicamento Verificado, Dosis, y Frecuencia: _____

Nombre del Doctor: _____

- B.** Para todos los estudiantes del K-8 grado y pre-escolar, asumo responsabilidad por la entrega segura de este medicamento, a la enfermeria de la escuela al principio del año escolar y al final del año escolar. **Estudiantes pre-escolar y de los grados K-8 NO pueden transportar medicamento a las escuela. Medicamentas que permanezcan en la escuela, luego del final del año escolar, serán destruidos.**
- C.** **Edicamentos a la escuela si esta forma (5330F/B) esta completa y firmada (por padre/tutor) en su expedient.** Medicamento 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 medicaments(s)/tratamiento:

X _____

Firma del Padre/Tutor

Fecha

(H) _____ (W) _____

Nombre del Padre/Tutor

Números de Teléfono

ESTE PERMISO ES VALIDO SOLO POR EL AÑO 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.