

Autorización de Medicatmiento /Tratamiento

Student Information (Información del estudiante)								
Student's Last Name (Printed)/ Apellidos del estudiante	Student's First Name (Printed)/Primer nombre	Date of Birth - Fecha de nacimiento	School/Grade - Escuela/grado					
Medication/Treatment Information (Información sobre medicamentos o tratamientos)								
Name of Medication/Treatment (One per form) Nombre de la medicina/Tratamiento (uno por formulario)	Strength (mg, units, ect.) La dosis	Start Date Fecha de inicio	End Date Fecha final					
Dosing Schedule (Horario de dosificación)								
Tiempo						As Needed (PRN) Segun sea necesario (PRN)	Please specify the symptoms for which this medication should be given. Especifique los síntomas para los que se debe administrar este medicamento.	
Cantidad								
Special Instructions (Instrucciones especiales)								
Medication expires (Caducidad del Medicamento)								
Authorization Information (Información autorizada)								
<p>By signing below, I request that a school health professional or designee may administer the medication or treatment to the student named above. I understand students may not transport medication to or from school and I assume responsibility for delivery of this medication to and from the health clinic. All medications must be in their original container. Medications left at school after the end of the school year will be discarded. I will immediately notify the school health professional of any changes to the medication or treatment as indicated above. Permission is valid only for the dates specified. Medication will only be administered to the student for whom it is prescribed.</p> <p>Al firmar a continuación, solicito que un profesional de la salud de la escuela o su designado pueda administrar el medicamento o tratamiento al estudiante mencionado anteriormente. Entiendo que los estudiantes no pueden transportar medicamentos hacia o desde la escuela y asumo la responsabilidad de la entrega de este medicamento hacia y desde la clínica de salud. Todos los medicamentos deben estar en su envase original. Los medicamentos que se dejen en la escuela después del final del año escolar serán descartados. Se notificará inmediatamente al profesional de la salud de la escuela sobre cualquier cambio en el medicamento o tratamiento como se indica arriba. El permiso es válido solo para las fechas especificadas. El medicamento solo se le administrará al estudiante para quien se recetó.</p>								
Parent/Guardian Name (Printed) Nombre del padre			Parent/Guardian Name (Signature) Firma del padre				Date Fecha	
Authorization to Carry Medication (Physician Signature Required) Autorización para llevar medicamentos (se requiere firma del médico)								
<p>I indicate by signing below that the student named above is a patient under my care who has an acute or chronic medical condition for which the forenamed medication has been prescribed. The student may possess and self-administer the medication. The student has been instructed in how to self-administer the medication. The nature of the disease or medical condition requires emergency administration of the medication. (IC 20-33-8-13)</p> <p>Al firmar, indico que el estudiante mencionado anteriormente es un paciente bajo mi cuidado que tiene una condición médica aguda o crónica para la cual se le ha recetado el medicamento antes mencionado. El estudiante podrá mantener en su posesión y autoadministrarse el medicamento. El estudiante ha sido instruido sobre cómo autoadministrarse el medicamento. La naturaleza de la enfermedad o condición médica requiere la administración de emergencia del medicamento. (CI 20-33-8-13)</p>								
Firma del Medico		Nombre del Consultorio			Telefono del Consultorio		Fecha	
Clinic Use Only - Solo para uso clínico								
Revisado por		Bin	Retiro de Medicamento Firma de Padres/Tutor			Fecha		

