

Laveen Elementary School District Consentimiento de Administración de Medicamentos 2018-2019

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Fecha: _____ Maestra/o: _____ Grado: _____

Medicamento: _____

Dosis: _____

Ruta: (un círculo) oral inhalado gotas actual tubo de gastrostomía inyección

Horas para dárselo: _____ Fecha en que debe terminar: _____

Condición para la cual se requiere la medicación: _____

Instrucciones para la administración: _____

Instrucciones de medio día: _____

Instrucciones especiales: _____

Precauciones/Efectos secundarios: _____

Nombre del Doctor: _____ Teléfono: _____

Quando se trata de recetas médicas, es necesario que los padres completen su porción. Para medicamento sin receta los padres deben completar la forma. Si hay cambio de medicamento o de dosis, necesitan llenar una solicitud nueva. Todo medicamento recetado debe estar en el envase original con la etiqueta de la farmacia intacta. Todos medicamento sin receta debe estar en el envase del fabricante con la etiqueta que incluye los ingredientes, también incluya el nombre de su niño(a) y la dosis necesaria. Se recomienda que le dé al niño(a) la primera dosis en su hogar. Es la responsabilidad de los padres de familia de proporcionar los medicamentos necesarios y de llevarse el medicamento que no se terminó de usar cuando el tratamiento acabe.

Mi firma abajo indica que yo pido que el personal de LESD administre el medicamento como se indica arriba a mi hijo/hija, y yo estoy dando permiso para que los empleados de LESD contacten al doctor por información adicional, si es necesario.

Nombre del Padre o Guardián: _____

Firma de un Padre o Guardián: _____ Fecha: _____

Teléfono del Guardián durante el día: _____ Celular: _____

Email: _____