



**Corporación Escolar de la Comunidad de South Bend
AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS**

Nombre del Estudiante: _____ Escuela: _____

Grado: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Mes/Día/Año

***To be completed by the PHYSICIAN/PRACTITIONER for PRESCRIPTION/MAINTENANCE medication (Esta sección debe ser llenada por su médico):**

1. MEDICATION NAME: _____ Diagnosis: _____

DOSAGE: _____ TIME: _____ ROUTE: _____

Termination date of medication: _____ OR End of School Year:

2. MEDICATION NAME: _____ Diagnosis: _____

DOSAGE: _____ TIME: _____ ROUTE: _____

Termination date of medication: _____ OR End of School Year:

3. MEDICATION NAME: _____ Diagnosis: _____

DOSAGE: _____ TIME: _____ ROUTE: _____

Termination date of medication: _____ OR End of School Year:

PHYSICIAN/PRACTITIONER SIGNATURE: _____

PHYSICIAN/PRACTITIONER NAME (PRINTED): _____

DATE: _____

Yo solicito que mi hijo/a, _____, reciba la ayuda de personal autorizado y entrenado para tomar este medicamento en la escuela, y cumpliré con las normas y procedimientos de la Corporación Escolar de la Comunidad de South Bend. Doy mi permiso para que la enfermera escolar se comuniqué con el médico y que hable con el personal escolar acerca de los posibles efectos del medicamento.

***¡El medicamento debe estar en su envase original y traído a la escuela por un adulto!**

***El medicamento debe ser recogido por un adulto.**

***Si el medicamento no es recogido antes del fin del año escolar, yo autorizo al personal de cuidado de salud a eliminar cualquier medicamento no usado.**

Firma de Padre/Madre/Guardián: _____ Fecha: _____