

**SOLICITUD DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN
LA ESCUELA**

A. PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE/TUTOR:

Solicito que mi hijo _____ calificación _____ recibir el medicamento según lo prescrito a continuación por nuestro proveedor de atención médica autorizado. El medicamento debe ser proporcionado por mí en el **Envase original debidamente etiquetado de la farmacia. Entiendo que la enfermera de la escuela u otra persona designada en ausencia de la enfermera de la escuela asistir con la administración del medicamento.**

Firma (Padre/Tutor)

DIRECCIÓN:

Teléfono #: Casa _____ Trabajar _____
Celúla _____

B. PARA SER COMPLETADO POR EL PRESCRIPTOR CON

LICENCIA:

Solicito que mi paciente, nombrado a continuación, reciba el siguiente medicamento:

Alumno: _____ Fecha de nacimiento: _____

Diagnóstico/código ICD-9:

Medicamento:Dosis/Frecuencia/Vía:

Tiempo a tomar en horario escolar: Duración

del tratamiento:

Efectos secundarios/Reacciones adversas/Recomendaciones:

Firma del prescriptor: _____ **Fecha:** _____

DEBE SER UNA FIRMA ORIGINAL - FAX NO ACEPTABLE

Proveedor de atención médica/Título/N.º de
licencia/N.º de NPI (letra de imprenta o
sello):

POR FAVOR SELLE EN ESTA CAJA