

**AUTORIZACIÓN PARA LA AUTOADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA Y
ACTIVIDADES EXTRAESCOLARES**

A. Para ser completado por el proveedor de atención médica autorizado:

Alumno nombre de: _____ ha sido instruido en el uso adecuado de los siguientes medicamentos:

EN MI OPINIÓN PROFESIONAL, A ESTE ESTUDIANTE DEBE PERMITIRSE LLEVAR Y AUTOADMINISTRARSE LOS MEDICAMENTOS ANTERIORES

Firma del proveedor de atención médica con licencia Fecha

B. Para ser completado por el padre o tutor:

Solicito que mi hijo _____ estar autorizado a llevar los medicamentos recetados anteriormente en su persona o mantener los medicamentos recetados anteriormente en su casillero o casillero de educación física, ya que lo considero responsable. El estudiante ha sido instruido y comprende el propósito, el método apropiado, frecuencia y uso de su medicación. El estudiante entiende que él/ella es responsable de portar y usar su medicamento. Se entiende que si hay un comportamiento irresponsable o un riesgo de seguridad, el privilegio de llevar su medicamento será rescindido.

Firma del Padre / Tutor

Fecha



Se aceptan la declaración de los proveedores de atención médica con licencia y la solicitud de los padres. Al estudiante se le permitirá llevar y usar el medicamento recetado. Se contactará a los padres lo antes posible en caso de comportamiento irresponsable o riesgo de seguridad.

Firma de la enfermera escolar Fecha

NOTA: este formulario debe ser completado además a los padres y al médico formulario de autorización para la administración de medicamentos en la escuela.