

Distrito Escolar Black Hawk

CONSENTIMIENTO PARA MEDICAMENTOS RECETADOS

Por favor complete ambos secciones

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ CALIFICACIÓN: _____

*Este formulario deberá ser completado **anualmente** si su hijo recibe medicamentos diarios en la escuela.

PARA COMPLETAR POR EL MÉDICO o PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

Frecuencia de dosificación de medicamentos

Efectos secundarios: _____

FIRMA DEL MÉDICO/PROVEEDOR: _____ FECHA: _____

Dirección de la clínica: _____ Teléfono: _____

PARA COMPLETAR POR EL PADRE/TUTOR

___ Doy permiso para que los medicamentos anteriores se administren según las indicaciones y/o me comunique con el proveedor si es necesario.

Autorizo al personal capacitado a administrar este medicamento en la escuela y, si surge la necesidad, la enfermera de la escuela puede comunicarse con el médico/proveedor de atención médica según sea necesario con respecto a este medicamento. Autorizo al personal de salud bajo HIPPA y FERPA a comunicar información de salud cuando sea necesario. Esto permite conversar con la administración por parte de la enfermera de la escuela y, según sea necesario, con el personal docente y de apoyo.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR: _____ **FECHA:** _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo:

***El medicamento DEBE estar en el frasco recetado original.**

***La etiqueta debe estar actualizada con el nombre del estudiante, el medicamento y la fecha.**

***Se requieren cambios de dosis aviso por escrito con el proveedor/proveedor de atención médica y el padre/tutor firma.**