C. Parent Request for Medication to be given during school hours

Petición de los Padres para que se administre medicamentos a su hijo/hija durante las horas de clase

(Padre/madre, por favor complete y entregue este formulario a la Oficina Principal de la escuela de su hijo/a)

Yo doy permiso para que mi hijo/a, _____ reciba medicamento durante el horario escolar. Como padre/madre/tutor legal, yo asumo la responsabilidad por cualquier reacción adversa que este medicamento pueda causarle a mi hijo/a. Me comprometo a llevar a la escuela el medicamento prescrito en un envase debidamente etiquetado por un farmacéutico. Si es un medicamento sin receta médica lo entregaré a la escuela en el envase original, sellado y con el nombre de mi hijo/a escrito en el frasco o envase.

_____

Firma del padre/madre/tutor legal Fecha

_____

Número de Teléfono de casa Número de Teléfono de su trabajo

_____

Persona para llamar en caso de una emergencia Número de Teléfono en caso de una emergencia

AUTORIZACION PARA COMPARTIR INFORMACIÓN MÉDICA

Doy permiso para que el/la doctor/a de mi hijo/a _____envíe información médica confidencial, específica, del registro médico de mi hijo/a a la enfermera escolar o director/a de la escuela. Esta información será utilizada por el personal escolar para proveer servicios de cuidados de salud a mi hijo/a en la escuela.

Nombre del niño/a: _____ Fecha de Nacimiento _____

Para: _____ _____

Nombre de la Escuela Fecha Firma del Padre/Madre/Tutor Legal

AUTORIZACIÓN PARA ENVIAR INFORMACIÓN MÉDICA POR FAX

Doy permiso para que la escuela envíe esta documentación de medicamentos al doctor/a de mi hijo/a (si fuera necesario). Autorizo al doctor/a de mi hijo/a para envíe este formulario a la escuela. Entiendo que la escuela no puede garantizar la confidencialidad de la máquina de fax.

_____ _____

Firma del padre/madre/tutor legal Fecha

D. Medication Check-In/Check Out Log – Lista de control de medicamentos

Date Fecha	Medication/Dose Medicamento/dosis	Amount Received Cantidad recibida	Amount on Hand Cantidad actual	Received by (Signature) Recibido por (firma)	Signature of Witness Firma de testigo

E. Medication Disposal/Destroyed Log (If not picked up) -- Lista de medicamentos destruidos/desechados (Si no se recogen)

Date/ Fecha	Medication / Medicamento	Amount /cantidad	Signature of RN	Signature of Witness