

Forma de Permiso para la Administración de las Medicinas Prescripciones en el Distrito educativo de Rice Lake

Nombre de Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Grado/Maestro: _____ Escuela: _____ Teléfono de la escuela: _____

Fax: _____ Nombre del Padre: _____ Teléfono: _____

Doy/Damos permiso a la escuela y sus empleados para administrar en la manera indicado por el medico escrito en este papel las medicinas siguientes. •La escuela también tiene permiso hablar con el medico sobre estas medicinas. •Notificare/notificaremos a la escuela por carta cuando hay un cambio en estas medicinas o su administración. • Entiendo que la medicina tiene que estar en el paquete original con las instrucciones y el nombre del estudiante en el paquete, el dosis, frecuencia y el nombre del medico cuando traigo la medicina a la escuela. •entiendo que tengo que recoger de la oficina la medicina que no esta usada. •Entiendo que la medicina que no esta recogido por el fin del año escolar estará echado en el basurero por los empleados de la escuela. • Acepto que la escuela y sus empleados no tienen culpa en la administración de la medicina cuando el estudiante esta allá. •Entiendo que este orden seria solamente para este año escolar.

Firma del Padre/Tutore: _____ Fecha: _____

| MEDICINAS DIARIOS/DAILY MEDICATIONS | | | | | Direct contact with the physician shall be made for the following reasons: Contacto con el medico seria para la siguiente: |
|--|--------------|------------|--------------------------------------|-------------------|--|
| Medicine Name/ Nombre de la medicina | Route/método | Dose/Dosis | Frequency/Time – Frecuencia/ Hora | Duration/Duración | |
| | | | | From/De: To/A: | |
| | | | | From/De: To/A: | |
| | | | | From/De: To/A: | |
| MEDICINAS CUANDO NECESITA/PRN MEDICATIONS | | | | | Condition under which medication should be given: (Condiciones para la administración de al medicina) |
| Medicine Name/ Nombre de la medicina | Route/método | Dose/Dosis | Frequency/Time – Frecuencia/ Hora | Duration/Duración | |
| | | | | From/De: To/A: | |
| | | | | From/De: To/A: | |
| | | | | From/De: To/A: | |

La Póliza del Distrito es que no administramos medicinas a un estudiante sin permiso escrito de los padres y el medico incluyendo el nombre de la medicina, dosis, frecuencia, duración del orden, razón para recibirla, y condiciones en que debemos contactar al medico.

I am prescribing medication for the above named student who has a diagnosis of: _____

Licensed Prescriber/Physician Signature: _____ Date: _____

Prescriber/Physician Name: _____ Phone: _____

Office/Clinic Address: _____ Fax: _____

PERMISO PARA LLEVAR EL ESTUDIANTE UNA ASPIRADORA (inhaler) y/o EPI-PEN

Este estudiante recibió las instrucciones y ha mostrado la habilidad para usar la medicina en una aspiradora y/o Epi-Pen (en circula uno). El/Ella puede llevarlo y administrarlo por si mismo. ___ SI ___ NO

Licensed Prescriber/Physician Signature: _____ Date: _____
(Firma del Medico)

School Nurse/Administrator Signature: _____ Date: _____