

Escuelas Públicas de Mesa

Consentimiento para la escuela para administrar medicamentos o suplementos dietéticos y autorización para la liberación de información médica

**PARTE A: Solicitud de padres para la escuela administrar medicamentos de (venta libre o con receta médica) o suplemento dietético**

La Parte A debe ser completada para que la escuela pueda administrar cualquier medicamento (venta libre o con receta médica) o suplemento dietético a un estudiante.

Solicito la escuela para administrar a mi hijo, \_\_\_\_\_ este medicamento: \_\_\_\_\_  
Nombre del estudiante Nombre del medicamento

Hora para ser administrado: cada \_\_\_\_\_ horas como necesario o a las \_\_\_\_\_ diariamente. Fechas de \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Reconozco: (1) La escuela no administrará ningún medicamento por más de cinco días consecutivos a menos que la solicitud sea acompañada por la PARTE B – Orden del proveedor de cuidado de salud. (2) Debo suministrar todo el medicamento en el envase original y, si es medicamento prescrito, el envase debe tener una etiqueta que identifica la farmacia, instrucciones de dosis y emisión del proveedor de cuidado de salud. (3) Si un medicamento o la dosis se modifica, notificaré la escuela inmediatamente y completaré un nuevo formulario de consentimiento. (4) La escuela confiscará y tomará medidas disciplinarias si el estudiante emplea mal el medicamento, incluyendo la posesión no autorizada o autoadministración. (5) Si he proporcionado la PARTE B completada, autorizo la escuela comunicarse con mi médico sobre el medicamento o suplemento dietético de mi hijo. Medicamento no recogido al final del año escolar será destruido.

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre o tutor con letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Teléfono de casa

\_\_\_\_\_  
Teléfono del trabajo

\_\_\_\_\_  
Correo electrónico

**PART B: Health Care Provider Order for School to Administer Medication (OTC or Prescribed) or Dietary Supplement**

Part B must be completed for School to administer medication (OTC or prescribed) or dietary supplement to a student for more than five consecutive school days.

I request the following student be given medication at school because I believe there exists a valid health reason which necessitates medication administration during the school day.

\_\_\_\_\_  
Student Name Birthdate

\_\_\_\_\_  
Medication Time to be administered at school

\_\_\_\_\_  
Condition being treated Dosage and mode of administration

\_\_\_\_\_  
Side effects to be expected, if any. (What emergency measures should be taken if this occurs?)

\_\_\_\_\_  
Other medications the School should be aware of

\_\_\_\_\_  
Health Care Provider Name (Printed) Health Care Provider Signature

\_\_\_\_\_  
Address Date