



Hobbs Municipal Schools

Forma De Autorización Para El Medicamiento

Administrarán el medicamento solamente en la escuela cuando es necesario que el estudiante permanezca en la escuela.

El propósito de esta póliza es para asegurar que reciban el medicamento necesario en acuerdo con el médico y para asegurar el seguro maximo para todos. Entiendan que su firma en esta forma autoriza otra gente a supervisar su hijo/a con administración de sí mismo de medicamento cuando no está presente la enfermera.

Si le piden llenar una de estas formas, lea cuidadosamente y responda a todo. Si tiene preguntas llame a la enfermera escolar. Gracias.

Se llenará una forma para CADA medicamento **prescrito, no prescrito**, y procedimientos de enfermera, cada año escolar.

Student's Name _____ Date: _____

School: _____ Teacher: _____

Allergies: _____

PHYSICIAN'S ORDER (Solamente para uso del Médico)

1. I have examined this student for (diagnosis) _____ and have Determined she/he requires medication during school hours.
2. Name of medication _____ Dosage _____
3. Time of administration _____ Duration of Administration _____
4. Special instructions regarding this medication _____
5. Symptoms of Adverse Reactions _____

For use of inhalers: *I believe this student is able and needs to carry and administer her/his inhaler for severe asthma. Please check* _____ YES _____ NO
The student has been instructed in the care/use of the inhaler. Please check _____ YES _____ NO

Physician's Signature _____ Date: _____

Printed Name _____ Phone: _____

DECLARACIÓN DEL PADRE/GUARDIAN:

Yo, el padre de _____
(nombre del estudiante)

pido que le darán este medicamento a mi hijo/a en acuerdo al médico.

Yo coincido a proveer el medicamento necesario y un recipiente original de la farmacia, proveer el replazo del medicamento cuando es necesario, y proveer una declaración nueva del médico si hay un cambio de medicamento, dosis, tiempo de administración, método de administración or instrucciones especiales tocante al medicamento. Estoy de acuerdo y traere la medicación a la escuela. Yo entiendo que tal vez otro personal (en vez de la enferma) pueda supervisar al niño/a administración de si mismo del medicamento. Si no se lo puede administrar, el padre vendrá e dará el medicamento cuando no está la enfermera.

Firma: Padre/Guardián: _____ Fecha: _____