

Junta Directiva del Distrito Escolar del condado de Pasco

Fecha: _____

He leído las *“Directrices para la administración de medicamentos en la escuela”*, y por este medio otorgo permiso para que el personal entrenado de la escuela _____ administre el siguiente medicamento a:

(Nombre del estudiante) (Estudiante #) (Grado) (Fecha de nacimiento)

para el tratamiento de _____

(Diagnóstico médico)

Nombre del médico que prescribe: _____

Nombre del medicamento: _____

Dosis del medicamento: _____

Vía de administración: _____

Hora(s) en que el medicamento debe darse en la escuela: _____

Instrucciones especiales: _____

Posibles reacciones/efectos secundarios: _____

También otorgo permiso a la escuela para adjuntar una fotografía de mi niño(a) al registro del medicamento para propósitos de verificación de la identidad, y colocar información de salud a disposición del personal escolar respecto a la alergia severa y con riesgos para la vida de mi niño(a).

(Firma del padre/madre/encargado legal)

Nota: Dar al padre/madre/encargado legal copia de los *“Directrices para la administración de medicamentos en la escuela”*.