



Autorización Médica & Forma de Consentimiento

Una Enfermera- Maestra certificada tiene la autorización para administrar el medicamento prescrito abajo a mi niño(a).

Nombre del(a) Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Clase: _____
Grado: _____

El médico escolar y/o la enfermera tiene la autorización de discutir situaciones medicas con el/la doctor(a)/dentista que prescribe.

Si No Doy mi autorización a la Enfermera-Maestra escolar para compartir con el personal escolar autorizado información en relación a la administración de la medicina prescrita, ej. Efectos secundarios adversos, lo que él/ella determine que sea necesario para salud y seguridad de mi hijo(a).

Padre/Madre/Guardian

Fecha

Tel. de la Casa

Tel. del Trabajo

Tel. Celular

Información del Medicamento del Médico/Dentista
(Lo siguiente de be ser completado por un (a) médico/dentista)

Diagnostico por el cual el medicamento fue dado: _____

Nombre del Medicamento: _____

Forma del medicamento (ej. Liquidos, pastillas, etc.): _____

Dosis: _____

Horario en que se debe administrar: _____

Si se debe administrar el medicamento "cuando lo necesite", describa las indicaciones: _____

Cantidad del tiempo en que se debe administrar el medicamento: _____ Fecha de expiración: _____

Efectos secundario significativos: _____

Puede el/la estudiante auto-administrarse y cargar con su hinalador? Si No

Si el/la niño(a) esta en un pasadia, se puede omitir el medicamento? Si No

A que hospital se debe transferir al/la niño(a) en caso de emergencia? _____

Otra Información: _____

Firma del Médico / Dentista

Núm. De Lic.

Fecha

Núm. De Teléfono

334 Pleasant Street
Pawtucket, R.I. 02860

Tel. 721-0824

Fax 721-0976