

Alachua County Public Schools
Departamento de Servicios de
Salud

**Medicamentos Portables / Autorización para Administrar Medicación
Para Inhaladores, EpiPen, Insulina y Enzimas Pancreáticas**

Nombre del (la) estudiante: _____ Fecha Nacimiento: _____ Grado: _____

Nombre de Escuela: _____

La siguiente sección es para ser completada por el padre, madre o tutor legal:

Detalle las condiciones de salud del (la) niño(a) y alergias: _____

Doy permiso a mi hijo(a) nombrado(a) arriba para que se administre a sí mismo(a) los siguientes medicamentos que porta:

Nombre del medicamento: _____ Fecha expiración: _____

Dosis: _____ Horario de administración/aplicación: _____

_____ Nombre doctor que prescribe: _____

_____ Enfermedad o condición por la

cual se prescribe: _____

Fechas de aplicación de medicamento: Desde: _____ Hasta: _____

Autorización de Padre, madre o tutor

Yo, soy responsable del presente permiso. Entiendo, que la medicación debe de ser proveída en la presentación original de la farmacia, etiquetada con el nombre del o la estudiante, médico que emitió la receta y fecha del medicamento con la descripción de cómo aplicar la dosis y que los miligramos o medida detallada sea la misma que el médico receta. **Entiendo, que por razones de seguridad es importante para la escuela saber qué medicamentos el o la estudiante esté tomando y si hay cambios en la dosis de aplicación, se debe informar a la enfermera de la escuela.**

Padre, madre o tutor legal: _____ Relación: _____

Teléfono Casa #: _____ Teléfono Trabajo #: _____ Móvil o Celular #: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Acceptamos la petición del padre, madre o tutor legal. Permitiremos y asistiremos de ser necesario al estudiante. No obstante, nos reservamos el derecho de revocar el privilegio autorizado si el o la estudiante muestra falta de interés, conducta irresponsable, o hay alto riesgo de peligro. De ser así, contactaremos a los padres o tutores legales tan pronto se dé el caso.

Enfermera de Escuela

Fecha