



Departamento de Salud

729 Clay Street
Darlington, WI 53530
P. 608-776-4895
F. 608-776-4885

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS: Recetas Médicas

Nombre del estudiante: _____ Grado/Maestro: _____

Fecha de nacimiento: _____ Alergias: _____

NOTA A LOS PADRES/TUTORES

El Distrito Escolar **EXIGE** que los estudiantes que necesitan medicamentos recetados durante el horario escolar **DEBEN** hacer lo siguiente:

1. Presentar un formulario de consentimiento por escrito completado y firmado por el padre y el **MÉDICO** . (Formulario abajo. Si el formulario no está disponible, se puede usar un formulario de talonario de recetas firmado por el médico).
2. Traiga el medicamento recetado en el envase original de la receta, debidamente etiquetado por un Farmacéutico.

CONSENTIMIENTO PARA MEDICAMENTOS RECETADOS POR UN MÉDICO

Medicamento: _____ Dosis: _____

Tiempo a dar: _____

Si es necesario, con qué frecuencia debe repetir la administración del medicamento ? _____

Motivo por el que se administra el medicamento: _____

Precauciones: _____

Si el medicamento es un inhalador, responda las siguientes preguntas:

¿Dónde se debe guardar el inhalador?

- en el área designada (sala de salud, oficina de enfermería)
- en posesión del estudiante
- en el área designada y en posesión del estudiante (asegúrese de enviar 2 inhaladores)

() Le he instruido _____ en la forma correcta de usar sus medicamentos inhalados para el asma. Es mi opinión profesional que se le debe permitir llevar y usar este medicamento inhalado por sí mismo.

() Es mi opinión profesional que _____ no debe portar y usar su inhalador de medicamentos para el asma por sí mismo.

Firma del médico/Teléfono _____ Fecha: _____

Firma del Padre/Teléfono _____ Fecha _____

