

6.405 - Exhibit 2 HAMBLEN COUNTY SCHOOLS PRESCRIPTION MEDICATION INFORMATION

**INSTRUCCIONES PARA PADRES / TUTORES:**

Lo siguiente debe ser completado y firmado tanto por el padre / tutor como por el médico que prescribe el medicamento para su hijo. No se le puede dar ningún medicamento de ningún tipo a su hijo hasta que se complete esta información y se devuelva a la escuela. Recuerde que todos los medicamentos deben estar en un recipiente etiquetado por una farmacia. Si ocurre algún cambio en la medicación durante el año escolar, se debe completar un nuevo formulario y devolverlo a la escuela.

Utilice solo un formulario para cada medicamento.

La firma del padre / tutor en este formulario constituye el consentimiento para la administración del medicamento descrito en este formulario. Se entiende que la persona que administra el medicamento y / o ayuda en la autoadministración del medicamento no es una persona con formación médica. Al firmar, el padre / tutor libera a la Junta de Educación del Condado de Hamblen, sus agentes y sus empleados de cualquier responsabilidad derivada de la administración de este medicamento. **Por favor, no envíe medicamentos por niños.** Los medicamentos deben traerse a la escuela y ser recogidos por un adulto responsable.

Nombre de Doctor \_\_\_\_\_  
Direccion \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
Nombre del niño \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Dosage que se le debe dar \_\_\_\_\_ Metodo \_\_\_\_\_  
Tipo de medicamento \_\_\_\_\_  
Necesario refrigerar? \_\_\_\_\_  
Razon por la medicacion \_\_\_\_\_  
Time of day medication to be given \_\_\_\_\_  
Razon por la necesidad que se esta dando el medicamento \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Posible efecto secundario y proceso a seguir \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Lista de especiales instrucciones \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Lista de las alergias \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ESTE FORMULARIO ES ÚNICAMENTE PARA UN AÑO ESCOLAR.** Si este pedido de medicamentos vence antes del final del año escolar, especifique la fecha de vencimiento. \_\_\_\_\_

*Al firmar a continuación, doy permiso para que los funcionarios de la escuela se comuniquen con el médico con respecto al medicamento anterior.*

Firma del Doctor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Firma del Padre /Guardian \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

NUMERO TELEFONICO DE EMERGENCIA

To be filed in principal's office.