



Consentimiento de los padres para la administración de medicamentos recetados y/o de venta libre

Por la presente autorizo a las Escuelas Públicas del Condado de Warren y sus designados a administrar el siguiente medicamento, según lo ordenado, por el Médico y/o Dentista de mi hijo. Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para el intercambio de información médica entre el médico / dentista y las Escuelas Públicas del Condado de Warren. También libero a las Escuelas Públicas del Condado de Warren de cualquier daño que pueda ocurrir por la administración del medicamento recetado. Entiendo que las Escuelas Públicas del Condado de Warren sólo administrarán medicamentos de venta libre de acuerdo con las instrucciones de la botella; o medicamentos recetados según las indicaciones del prescriptor.

Firma de los padres _____

Fecha _____

Nombre y teléfono del médico _____

Orden médica para la administración de medicamentos prescritos

Nombre del estudiante _____ D.O.B _____

Medicación _____ Diagnóstico relacionado _____

Dosis _____ Tiempo _____

Ruta _____ Firma del médico _____ Fecha _____

Administración de medicamentos sin receta

Nombre del estudiante _____ D.O.B _____

Medicación _____ Dosis _____ Hora _____

Vía _____ Motivo de administración _____

Firma de los padres _____ Fecha _____

**** Si un medicamento de venta libre se administra como medicación programada y debe administrarse durante más de tres (3) días consecutivos, el médico deberá rellenar y firmar la orden de medicación prescrita que figura más arriba.*