



# FANNIN COUNTY BOARD OF EDUCATION

*Fannin County Schools Staff Development Center*

6145 Old Highway 76

Blue Ridge, Georgia 30513

Phone: 706-632-3771 Fax: 706-632-7583

[www.fannin.k12.ga.us](http://www.fannin.k12.ga.us)

## Autorización para administrar medicamentos en la escuela (período de tiempo prolongado)

Si el medicamento se puede administrar en casa o después del horario escolar, hágalo. Sin embargo, si la medicación debe ser entregado durante el horario escolar, este formulario debe ser completado. Por favor escriba un medicamento por página.

**El nombre del estudiante:** \_\_\_\_\_

**Profesor:** \_\_\_\_\_ **Grado:** \_\_\_\_\_

Solicito que la escuela \_\_\_\_\_, a través del director o su designado, supervisar/ayudar en la administración de la mediación a mi hijo de acuerdo con las instrucciones a continuación. Entiendo que:

Los medicamentos deben estar en el envase original etiquetado (sin bolsas de papel de aluminio, etc.) Las farmacias pueden proporcionar un contenedor etiquetado por duplicado solo con las dosis escolares.

- El padre/tutor debe proporcionar instrucciones especiales, así como el medicamento y los medicamentos relacionados. equipo, al director o al personal de la clínica.
- Será responsabilidad del padre/tutor informar a la escuela de cualquier cambio. Nuevo no se administrarán medicamentos o nuevas dosis a menos que se presente un nuevo formulario.terminado y un recién se proporciona un contenedor etiquetado.
- Todos los medicamentos serán llevados directamente a la oficina/clínica por el padre/tutor.
- Los medicamentos no utilizados se desecharán a menos que se recojan dentro de una semana después se suspende la medicación.

\*\*\*\*\*

Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_ Vía (por boca, tópica, etc.): \_\_\_\_\_

Hora(s) a dar: \_\_\_\_\_ Suspender la medicación el: \_\_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Teléfono del médico: \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo al personal de la escuela, empleados, y funcionarios del Distrito Escolar \_\_\_\_\_ para ayudar a mi hijo a tomar los medicamentos recetados de acuerdo con la política del distrito, y los libere de cualquier responsabilidad por administrareste medicamento Entiendo que, en caso de cambio de medicamento, soy responsable de presentar un nuevo formulario de solicitud.

\_\_\_\_\_  
*Padre/tutor legal*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

Teléfono móvil \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

*\*Para ser completado por proveedor de atención médica por medicamentos recetados administrados durante más de 20 días.\**

Condición/Enfermedad que Requiere Medicamentos:

\_\_\_\_\_  
Posibles Efectos Secundarios si alguno:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Firma del proveedor de atención médica*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

The Fannin County School System does not discriminate on the basis of race, color, national origin, sex, age, religion, creed, or disability in admission to its programs, services, and activities, in access to them, in treatment of individuals, or in any aspect of operations. This also includes but is not limited to additions, modifications, or alterations to the physical plan of any school facility.