

CONSENTIMIENTO PARA MEDICAMENTO SIN RECETA

A SER COMPLETADO POR EL PADRE/MADRE/TUTOR: *Se requiere la firma del padre/madre/tutor para todos la administración de medicamentos sin receta. El personal autorizado de la escuela debe documentar los medicamentos que administran en el registro/diagrama de flujo. Cada medicamento requiere una hoja aparte. La autorización de este formulario no debe exceder el año escolar en curso, incluidas las excursiones y la escuela de verano.*

Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento:
Escuela:	Grado:
Nombre del medicamento:	Motivo de la medicación:
Dosis:	Frecuencia/Horario:
Fecha de inicio:	Posibles efectos secundarios:
Información adicional:	

PADRE/MADRE/TUTOR, por favor MARQUE UNA:

Medicamento sin receta administrado por personal autorizado de la escuela

- Doy mi permiso al personal autorizado de la escuela para administrar a mi estudiante el medicamento sin receta mencionado anteriormente, de acuerdo con las instrucciones proporcionadas en este formulario. Estoy de acuerdo en eximir de toda responsabilidad al Distrito Escolar de la Comunidad de Waunakee y al personal autorizado en cualquier evento que surja de la administración de este medicamento. Estoy de acuerdo en notificar por escrito a la escuela sobre cualquier cambio en la orden anterior.*

Medicamento sin receta autoadministrado por el estudiante

- Este medicamento sin receta será autoadministrado. He revisado el método de administración adecuado (almacenamiento del medicamento, dosis, fecha(s) y horario(s) a ser administrado y posibles efectos secundarios) con mi estudiante. Solicito que mi estudiante pueda tener y autoadministrarse este medicamento de manera independiente. Entiendo que el distrito escolar no acepta ninguna responsabilidad por la autoadministración de un medicamento sin receta, incluyendo, pero no limitado a, la administración, supervisión y documentación del mismo.*

Firma del padre/madre/tutor	Fecha
Teléfono	Teléfono