



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA MEDICAMENTO RECETADO

A COMPLETAR POR EL PROFESIONAL AUTORIZADO: Tanto los médicos colegiados como los padres/tutores deben firmar la prescripción de medicamentos. El personal escolar autorizado debe documentar la medicación que administra. Cada medicamento requiere un formulario por separado. 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: Fecha final:	Posibles efectos secundarios:
Información adicional:	

PROFESIONAL AUTORIZADO, por favor MARQUE UNA:

Medicamento recetado administrado por personal autorizado de la escuela - *El personal autorizado de la escuela administrará este medicamento recetado. Como profesional autorizado, dirigiré la administración y estoy dispuesto a aceptar comunicación de parte del personal autorizado de la escuela.*

Medicamento recetado autoadministrado por el estudiante - *Este medicamento recetado será autoadministrado. He instruido al estudiante sobre el método de administración adecuado (almacenamiento del medicamento, dosis, fecha(s) y horario(s) a ser administrado y posibles efectos secundarios). Según mi opinión profesional, este estudiante puede tener y administrar el medicamento de manera independiente. Entiendo que el distrito escolar no acepta ninguna responsabilidad por la autoadministración de un medicamento recetado, incluyendo, pero no limitado a, la administración, supervisión y documentación del mismo.*

Nombre del profesional autorizado:	Nombre de la clínica:
Firma del profesional autorizado:	Fecha:
Numero de telefono:	Numero de fax:

PADRE/MADRE/TUTOR, MARQUE UNA:

Medicamento recetado administrado por personal autorizado de la escuela - *Doy mi permiso al personal autorizado de la escuela para administrar a mi estudiante el medicamento recetado mencionado anteriormente, de acuerdo con las instrucciones del profesional autorizado 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 recetado autoadministrado por el estudiante - *Este medicamento recetado 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 recetado, incluyendo, pero no limitado a, la administración, supervisión y documentación del mismo.*

Firma del padre/madre/tutor	Fecha
Teléfono (casa)	Teléfono (trabajo)