



DISTRITO ESCOLAR DEL ÁREA DE BETHLEHEM
Bethlehem, Pennsylvania

AUTORIZACION PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTO DURANTE HORAS ESCOLARES

Fecha: _____

Mi hijo/hija, _____, tiene que recibir el siguiente medicamento durante horas de escolares ya que éste es necesario para que él/ella pueda hacer bien sus actividades escolares. Voy a proveer el medicamento con la debida información en la etiqueta y en el envase original de la farmacia.

Nombre del medicamento: _____

Dosis recetada: _____

Horas en que se administrará: _____

Diagnosis y razón por la que debe administrarse en la escuela: _____

Nombre del médico: _____

Teléfono del médico: _____

Efectos secundarios o reacciones del medicamento: _____

Duración prevista del régimen de la medicación: _____

Farmacia: _____ Teléfono de la farmacia: _____

En el caso que un estudiante no esté en el edificio a la hora del medicamento recetado, es decir, giras ó tardanzas, el estudiante puede recibir el medicamento al entrar a la escuela ó a petición de los padres podemos retener el medicamento. _____ Iniciales

Por este medio, yo relevo y mantengo indemne al Distrito Escolar del Área de Bethlehem, sus agentes y empleados de toda responsabilidad y reclamaciones en relación con la administración del medicamento mencionado a mi hijo(a).

Firma del Padre o Encargado

Firma del Médico