Distrito Escolar Independiente de McKinney
Servicios Escolares de la Salud

Formulario para la Administración de Medicamentos
QUE NO REQUIEREN PRESCRIPCIÓN

valido para el año escolar _____

SOLICITUD DE LOS PADRES PARA LA ADMINISTRACION A UN ESTUDIANTE DE MEDICAMENTOS **QUE NO REQUIEREN PRESCRIPCIÓN**

Nombre del estudiante: _____ Fecha de la solicitud: _____

Domicilio: _____ Fecha de nacimiento:_____

Escuela: _____ # de Tel. del hogar: _____

Maestra/o: _____ Grado: _____

Nombre del medicamento: _____a expiro en _____

Condición médica para la cual se administra el medicamento: _____

Cantidad o dosis a ser administrada: _____Fecha de comienzo: _____

Instrucciones especiales: _____

Fecha en que se descontinuará el medicamento: _____

Yo comprendo que no es posible administrar el medicamento arriba indicado fuera del horario regular de clases. Yo solicito que este medicamento sea administrado por un/a funcionario/a escolar. Yo comprendo que ni el Distrito Escolar, la Mesa Directiva, ni los empleados del Distrito Escolar asumirán la responsabilidad por daños o lesiones que resulten a causa de la administración de este medicamento.
Yo comprendo que si en algún momento un adulto que esté supervisando a mi hijo/a crea que la vida de él/ella está en peligro los Servicios de Emergencia Médica (911) serán activados, y yo estoy de acuerdo que mi seguro médico o yo asumiremos la responsabilidad por todos los gastos que se incurran como resultado.
Yo otorgo mi consentimiento a la divulgación de la información