

DISTRITO ESCOLAR DEL ÁREA DE BERLIN
295 E. Marquette St., Berlin, WI 54923
Teléfono: 920-361-2442 ext. 3003 Fax: 920-361-4352



Planilla de Permiso para Administración de Medicamento Recetado

Nombre del estudiante: _____

Fecha de Nacimiento : _____ Grado: _____

Sección a ser llena sólo por médico o recetador autorizado

Medicamento: _____

Todo medicamento debe de permanecer en su empaque original, con sus etiquetas como fue suministrado por el farmacéuta.

Presentación del medicamento/tratamiento: Tabletas/Cápsulas Líquido Inhalador
 Inyección Nebulizador Tópico Otro: _____

Dosis: _____ Frecuencia: _____

Razón/Propósito: _____

Efectos colaterales posibles: _____

*Almacenamiento especial requerido: Ninguno Refrigeración Bajo llave

Fecha de comienzo de uso: _____ Fecha de final de uso: _____

Direcciones adicionales para la administración de dicho medicamento:

1. Este estudiante tiene ambas la capacidad y el nivel de responsabilidad requeridos para la auto administración de este medicamento:
 No Sí, pero con supervisión Sí, y sin supervisión
2. Este estudiante puede mantener consigo este medicamento: No Sí* (ver más abajo)

Fecha: _____ Firma: _____

Médico o recetador autorizado:

Dirección: _____ Teléfono: _____

***Para el caso que se permita al estudiante mantener consigo este medicamento en la escuela, se requiere que o bien el administrador del distrito escolar, o el director del plantel, o la enfermera del distrito firme, dando su aprobación. Firme aquí:** _____ **Fecha :** _____

A tal efecto, también será necesario que dicho estudiante mantenga consigo una copia debidamente llena y firmada de esta planilla en todo momento que el estudiante permanezca en la escuela y tenga en su posesión dicho medicamento.

Sección a ser debidamente llena por el padre/representante del estudiante. (Traducción no oficial, sólo de valor informativo.)

Por medio de mi firma al pie de la presente doy permiso al administrador del distrito escolar, al director del plantel y a la enfermera del distrito para que designen a un agente representante del Distrito Escolar del Área de Berlin debidamente entrenado, para que administre el antes arriba mencionado medicamento. Con esta misma firma también específicamente autorizo a los mencionados representantes de la escuela a que estén en plena capacidad de entrar en contacto con el médico actuante y/o personal proveedor de servicios de cuidado de salud de mi estudiante, en relación a la condición de salud y todos los medicamentos/tratamientos de mi estudiante; al igual que cualquier otra información pertinente a su salud y en pro de su bienestar y sus necesidades educativos. Así mismo, yo eximo de toda responsabilidad al Distrito Escolar del Área de Berlin y a sus empleados y agentes representantes que hayan actuado dentro del alcance de sus atribuciones en relación a toda y cualquiera reclamación que pudiera resultar como consecuencia de la administración, dentro de la escuela, del medicamento a que se refiere la presente planilla. Igualmente, yo acuerdo en notificar a la escuela por escrito, en cuanto haya cualquier cambio relacionado con todo lo aquí antes dicho.

Fecha: _____ Firma del Padre/Representante: _____

Parentesco con el estudiante: _____