

## HOJA DE PERMISO PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_

Yo pido que la enfermera escolar, la secretaria, el administrador u otro miembro del personal se asegure de que mi hijo reciba o tome el siguiente medicamento que he suministrado en el recipiente original de la farmacia, según sea necesario. Acepto toda responsabilidad de enterarme de los efectos de este medicamento.

Todo medicamento debe ser llevado a la oficina de la escuela, y debe ser guardada allí durante el día. No se administrará ningún medicamento sin primero haber llenado este formulario. Si hay algún cambio en la dosis del medicamento, se debe llenar una hoja de permiso nuevo y debe haberse recibido un nuevo recipiente de la farmacia.

Medicamento	Dosis	Cómo se administra (gotas, oralmente, etc.)	Veces al día
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Permiso de usar un inhalante \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No    Permiso para auto-administrarse el atomizador \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

Si el medicamento debe administrarse según sea necesario, especifique la cantidad de tiempo que debe pasar de dosis a dosis.

**Describa los posibles efectos secundarios:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Nombre del médico de familia:**

**Número telefónico de oficina:**

\_\_\_\_\_

Doy mi permiso para que se contacte al que hizo la prescripción según sea necesario y mi permiso de compartir información médica con el personal apropiado de la escuela.

\_\_\_\_\_

**Firma de padre o tutor**

\_\_\_\_\_

**Fecha**

**Núm de tel. de los padres** \_\_\_\_\_

**Hogar**

**Trabajo**

**He revisado los siguientes medicamentos y he determinado que estas actividades pueden hacerse con seguridad para el recipiente específico.**

\_\_\_\_\_