

# DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DEL VALLE DE NAPA

Servicios sobre la Salud

## Administración por el Personal de la Escuela de Medicina Recetada

(Todo el personal designado para la administración de medicamentos ha de recibir formación por parte de un profesional de enfermería con credencial antes de administrar la misma.)

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ # de Kaiser o del Plan de Salud \_\_\_\_\_

**TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN:** (Para ser completada por su doctor)

I hereby certify that I have prescribed medication for the above student, to be administered as indicated below:

Medication \_\_\_\_\_ Dosage \_\_\_\_\_  To Be Given \_\_\_\_\_

Medication \_\_\_\_\_ Dosage \_\_\_\_\_  To Be Given \_\_\_\_\_

Duration of medication schedule: From \_\_\_\_\_ To: \_\_\_\_\_

Comments: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ M.D.

Address: \_\_\_\_\_

**PARA SER COMPLETADA POR EL PADRE/MADRE:**

Por la misma solicito que \_\_\_\_\_ o su designado administre  
Nombre del Director de la Escuela)

la medicina recetada por \_\_\_\_\_ a mi hijo(a),  
Nombre del Doctor

\_\_\_\_\_ durante las horas de clase.

Nombre del estudiante

Entiendo que tengo que **llevar la medicina a la escuela en su recipiente original**, marcada con el nombre de mi hijo(a) y el nombre de la medicina, y que será responsabilidad de mi hijo(a) la de ir a la oficina de la escuela a la hora señalada para recibir la medicina.

Por la misma doy autorización al intercambio de información entre el mencionado doctor y la escuela referente a los problemas de salud de mi hijo(a).

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Madre/Tutor

**ESTE DOCUMENTO ES VÁLIDO SOLAMENTE PARA EL PRESENTE AÑO ESCOLAR. Este consentimiento puede ser denegado por los padres en cualquier momento.**

\_\_\_\_\_  
Nombre de la escuela

\_\_\_\_\_  
Numero de teléfono de la escuela

Aprobado por la Sociedad Médica del Condado de Napa/Comité de Salud del Condado de Napa - Junio 1990