



COMMUNITY CONSOLIDATED SCHOOL DISTRICT 59
 2123 S. Arlington Heights Road * Arlington Heights, IL 60005
 847-593-4300

Meds Picked Up By:

AUTORIZACIÓN DE MEDICINAS PARA LA ESCUELA

Cuando un niño requiere medicamento o servicios de salud durante el horario escolar o durante las actividades escolares, es necesario que la escuela tenga en el archivo de salud del estudiante, autorizaciones del padre/tutor y médico. La escuela debe ser notificada por escrito si hay algún cambio en el medicamento. Esta petición tiene que renovarse al inicio de cada año escolar.

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Escuela: _____ Grado: _____ Maestro(a): _____

Por medio de la presente yo hago constar que soy responsable por la administración del medicamento y los servicios de salud proporcionados a mi hijo. En caso que me sea imposible asistir o que surja una emergencia médica yo autorizo a Community Consolidated School District 59 y a sus empleados y/o agentes que administren el medicamento a mi nombre o a nombre del tutor (o permitir que mi hijo se auto administre el medicamento, mientras está bajo supervisión de uno de los empleados o agentes del Distrito Escolar 59), por ley los medicamentos deben ser recetados por un médico y los servicios de un asistente de salud como se había mencionado anteriormente. **YO ADMITO QUE HABRÁ OCASIONES QUE NO HABRÁ UN ASISTENTE DE SALUD DISPONIBLE PARA ADMINISTRAR EL MEDICAMENTO O PROPORCIONARLE LA ATENCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD A MI HIJO (A), ESTA PERSONA HA ACCEDIDO A TAL PETICIÓN PERO NO ES UNA ENFERMERA O ASISTENTE DE SALUD.** También autorizo y estoy de acuerdo, que cualquier medicamento que este prescrito legalmente y que sea administrado por la asistente de salud o intente administrar, yo suspendo cualquier cargo de la(s) escuelas del Distrito 59, sus empleados y agentes ya sea uno o en conjunto, desde y en contra cualquier reclamo, daños, causas de acción o lesiones ocurridas o consecuencias de la administración o atentado a administrar el medicamento o servicios de salud o la auto-administración del medicamento del niño.

Firma del Padre o Tutor _____ Escriba su nombre con letra de molde _____

Fecha _____

Número de Teléfono : Hogar () _____ Trabajo () _____

ORDEN DEL DOCTOR

Diagnóstico por el cual se dio el medicamento: _____

Nombre de la Medicina _____

Forma	Dosis
-------	-------

Razón por el medicamento y el efecto intencionado _____

Si el medicamento debe ser administrado DIARIO ¿A que hora? _____

Si es necesario administrar medicamento describa órdenes **¿CUANDO SEA NECESARIO?** _____

¿Qué tan frecuente debe ser el medicamento administrado? _____

¿Está su hijo autorizado a administrarse el medicamento por si mismo? _____

Anote los efectos secundarios que pueda tener por causa del medicamento: _____

Anote la cantidad y duración del tratamiento: _____

Si el medicamento tiene requerimientos especiales indíquelo (tal como refrigeración, suministrar el medicamento antes o después del almuerzo, etc.). _____

¿Quiere usted recibir un reporte de la escuela conforme a los efectos secundarios del medicamento? _____

Firma del Doctor, Asistente al Doctor o Enfermera _____ Nombre del Doctor (con letra de molde) _____ Fecha _____

Dirección _____ Número de Teléfono () _____