

# Genoa-Kingston CUSD # 424

## AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO

Apellido	Nombre del estudiante	Inicial	Fecha de nacimiento
----------	-----------------------	---------	---------------------

Las medicinas de la escuela se administran en lo siguiente:

- \*El Médico debe firmar la autorización para administrar la medicina.
- \*Padre/guardián debe firmar la autorización para administrar la medicina.
- \*La medicina debe ser el original, el contenedor marcado distribuyó como de la farmacia.
- \*La etiqueta debe contener el nombre del estudiante, el nombre de la medicina, las direcciones para el uso y la fecha.

Sólo medicinas aprobadas por el FDA se administrarán en la escuela. Las medicinas controladas por ejemplo: Ritalin, Adderall, Concerta se debe llevar a la escuela por un adulto. Es obligatorio renovar la autorización de medicamentos cada año y cualquier cambio tiene que estar en escrito.

**Orden Medica:**

Medicamento	Dosis	Hora que sé Debe Dar
-------------	-------	----------------------

Razón del medicamento y/o el efecto esperado	Efectos secundarios, si hay
--	-----------------------------

Otros medicamento (s) que el estudiante esta tomando

\_\_\_\_\_  
Fecha para Descontinuar

\_\_\_\_\_  
Firma del Medico

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Numero de emergencia del Medico

**Autorización de los Padres o Tutor:**

Yo reconozco que soy principalmente responsable de administrar la medicina a mi niño. Sin embargo, en caso que yo no puedo o en caso de una emergencia médica, yo autorizo Genoa-Kingston CUSD # 424, a sus empleados y los agentes, en mi beneficio y la utilidad, para administrar, o para procurar administrar a mi niño (o permitir a mi niño que se la administre, mientras bajo la supervisión de empleados y agentes del Distrito de la Escuela), la medicina lícitamente prescrita en la manera escrita arriba. Reconozco que algunas veces será necesario que la administración de medicinas a mi niño puede ser realizado por un individuo que no sea enfermera de la escuela, y específicamente consentimiento a tales prácticas. Reconozco aún más y concuerdo con eso, cuando la medicina lícitamente prescrita es tan administrada, o procurada ser administrado, renuncio cualquier reclamo que yo quizás tenga contra el Distrito de la Escuela, sus empleados y los agentes que surgen fuera de la administración de la medicina. Además, concuerdo en tener inocuo e indemnizar el Distrito de la Escuela, sus empleados y los agentes, o colectivamente o respectivamente, de y contra cualquier y todos reclamos, los daños, las causas de la acción o heridas contraída o resultando de la administración o tentativas de la medicina.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Numero de teléfono

\_\_\_\_\_  
Dirección del Padre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Numero del trabajo o celular

\_\_\_\_\_  
Fecha