



Cape Henlopen School District

Solicitud / permiso de los padres para administrar medicamentos en la escuela

Si es necesario que su hijo/a reciba medicamentos durante el día, por favor haga lo siguiente:

- Envíe el medicamento a la escuela con una persona responsable si usted ,n o puede traerlos a la escuela personalmente.
- Envíe el medicamento en su empaque original con nombre, hora, dosis, y fecha. El medicamento no debe estar expirando.
- Cuente las pastillas (a menos que el número de pastillas es el número exacto que está en la receta) o una cantidad aproximada del líquido en la botella.
- Recoja el medicamento al final del año escolar.

Fecha: _____ Nombre del estudiante: _____

Medicamento: _____

Dosis: _____ Hora: _____ Ruta: _____

Razon de la Medicacion: _____

Alergias a cualquier medicamento: _____

Cantidad de Tabeltas/Líquido enviado: _____ nombre del proveedor: _____

*Doy permiso para que este medicamento se envíe en viajes de campo durante el año escolar actual y para que un miembro del personal capacitado ayude con la administración: SI NO (Marque uno)

Comentarios/Condiciones de Salud: _____

Doy permiso para que la enfermera en la escuela administre el medicamento y se que la enfermera puede contactar al doctor o farmacista acerca del medicamento/tratamiento.

Firma del los Padres: _____

Firma de la Enfermera: _____

Cantidad de Tabeltas/Líquido enviado: _____

Fecha	# de Tabeltas/cantidad recibida o devuelta	Iniciales del Padre/Tutor	Iniciales de la Enfermera