

Escuela Pública de Gibbon
Permiso para Administrar Medicinas

Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Grado: _____ Edad: _____ Alergias: _____

(Nombre de Medicina y dosis que necesita ser administrada)

(Frecuencia o tiempos durante el día que la medicina debe ser administrada)

****MEDICINAS DEBEN ESTAR EN SU BOTELLA ORIGINAL****

Yo entiendo que el monitoreo de los efectos que las medicinas descritas arriba no son responsabilidad del personal de la escuela, sino de los padres/o del médico del alumno. Yo también entiendo que otra persona distinta a la enfermera puede administrar la medicina a mi hijo bajo la dirección y el monitoreo de la enfermera de la escuela a toda hora.

(Firma del Padre/guardián)

Fecha: _____

****Una nueva forma de administración de medicinas debe ser completada cada vez que una nueva medicina sea ordenada, recomendada o que se le cambie la dosis. Esto debe hacerse antes de que la escuela pueda legalmente administrar cualquier medicamento a su hijo. ****