

**Distrito Escolar de Edgerton**  
**Forma de Consentimiento de Medicación**

Nombre de Estudiante: \_\_\_\_\_ Nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Escuela Primaria Comunitaria     Escuela Primaria Yahara Valley     Escuela Intermedia     Escuela Secundaria  
 Fax: 608-884-8548                      Fax:608-884-4975                      Fax: 608-884-2279                      Fax: 608-884-7969  
 Teléfono : \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

<b>Medicamentos sin receta (complete padre o tutor)</b>							Ponerse en contacto con la clínica por cualquiera de los siguientes síntomas.
Medicamento:	Dosis	Forma de Administrar	Diario / Segun sea necesario	Horario	Duracion	Diagnostico/ Instrucciones Razon de administrar	
					De: A:		
					De: A:		
					De: A:		
					De: A:		

<b>Medicamentos CON receta (complete el doctor)</b>							Ponerse en contacto con la clínica por cualquiera de los siguientes síntomas.	SOLO medicina de Emergencia: (Proveedor: ponga sus iniciales si el estudiante puede tener y tomarse por si solo) Ex: EpiPen, Inhaler
Medicamento:	Dosis	Forma de Administrar	Diaria / Segun sea necesario	Horario	Durancion:	Diagnostico/ Instrucciones Razon de administrar		
					De: A:			
					De: A:			
					De: A:			
					De: A:			

**INFORMACIÓN DEL DOCTOR: (Necesaria para todas las medicinas con recetas administradas en la escuela)**

Nombre del doctor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

La medicina con receta que está arriba necesita ser administrada en la escuela:

Firma del Doctor/Proveedor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Consentimiento legal del Padre/Guardián (Necesaria para todas las medicinas en la escuela):**

**El medicamento será proporcionada por el padre/tutor y en su envase original o envase etiquetado con receta**

Por la presente yo le doy mi permiso al personal escolar de administrat la medicina(s) arriba a mi estudiante de acuerdo a las instrucciones el doctor y los autorizo a contactar el doctor si hay alguna pregunta o preocupación. Además you autorizo al doctor el proveer tratamiento a mi estudiante, si es apropiado y necesario, por resultado de la administración de la medicina.

\_\_\_\_\_  
 Firma del Padre/Guardián Legal

\_\_\_\_\_  
 Fecha

En caso de que su estudiante tenga al final del ano escolar alguna dosis de medicina que no se uso, por favor avísele a la escuela como quiere que manejar el medicamenton, completando lo siguiente:

Yo organizare como recoger la medicina que no uso mi estudiante.

Deseche según la póliza del distrito la parte no utilizada de los medicamentos de mi estudiante.