

ESCUELAS COMUNITARIAS DE SEYMOUR
SERVICIOS DE SALUD

Solicitud del Médico para la autoadministración de medicamentos

Nombre del Estudiante	Fecha de Nacimiento
Ciudad	Numero de Telefono

Para:

Principal: _____

Escuela: _____

El alumno mencionado anteriormente tiene _____.
(Nombre de la enfermedad o síndrome)

Solicito que el estudiante mencionado arriba tome el siguiente medicamento durante el horario escolar.

Nombre del medicamento	Tipo de medicación (Tableta, Liquido o capsula)
------------------------	---

Dosis	Hora (s) que debe darse
-------	-------------------------

Posibles efectos secundarios _____

Yo certifico que _____ ha sido instruido en el uso y autoadministración
(Nombre de Estudiante)
del _____.
(Nombre del medicamento)

Él/Ella comprende la necesidad del medicamento y la necesidad de informar al personal de la escuela sobre cualquier efecto secundario inusual. Él/Ella es capaz de usar este medicamento independientemente.

Es posible que me llamen al siguiente numero de teléfono en caso de una reacción de emergencia.

Numero de teléfono del medico	Firma del medico Fecha
Dirección del medico	Imprimir nombre del medico
Firma del Padre o Encargado	