



Departamento de Enfermería – Forma de Consentimiento Médico

Forma llenada por el médico/ padre(s):

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Maestra/Grado: _____

Nombre del medicamento (un medicamento por forma de consentimiento):

**** Recuerde por favor que el medicamento debe ser proporcionado por los padres/tutores, debe estar en el recipiente original, etiquetado con el nombre de su hijo(a) y debe ser vigente. Los medicamentos ya expirados no se pueden administrar. ****

Medicamento con horario fijo:

Dosis: _____ Hora(s) de suministro: _____

Propósito del medicamento: _____

Medicamento tomado en caso necesario:

Dosis: _____ Hora(s) de suministro: _____

Síntoma por el que se suministra el medicamento: _____

**** Todos los medicamentos permanecerán en la enfermería. ****

Medicamento para llevar consigo:

Ubicación de EpiPen, insulina, o inhalador: Enfermería Salón de clases Estudiante
(Consentimiento requerido)

La firma de los padres y médico familiar se requiere para todo medicamento con receta o sin receta.

Nombre del médico (escrito)	Firma del médico	
() _____	() _____	_____
Teléfono del médico	Fax	Fecha
Por medio de la presente doy permiso para que mi hijo(a), nombrado arriba, reciba medicamento durante el horario de clases, durante el programa de actividades después de clases (Kids Incorporated), durante eventos deportivos o prácticas y durante excursiones fuera de la escuela. También doy permiso a la enfermera o entrenador para contactar al médico que proporcione la receta para cualquier duda o pregunta. Por medio de la presente libero a Union Academy y a sus agentes de toda responsabilidad o riesgo que resulte a causa de que mi hijo(a) tome el medicamento.		
Firma del Padre/Tutor Legal	() _____	_____
	Teléfono	Fecha