

MOUNT AIRY CITY SCHOOLS

Post Office Drawer 710
Mount Airy, NC 27030
Phone (336) 786-8355

Padres: Por favor marcar la escuela de su hijo(a). Oficina del Dr.: Por favor enviar fax a la escuela de su hijo(a).

_____ **BHT Fax** – (336) 789-6068
_____ **MAMS Fax** – (336) 789-6074

_____ **Jones Fax** – (336) 719-2339
_____ **MAHS Fax** – (336) 719-2341

SOLICITUD PARA DAR MEDICINA DURANTE LAS HORAS DE ESCUELA

Nota a los padres/acudientes:

El sistema de las Escuelas de la ciudad de Mount Airy requiere que todos los estudiantes que necesitan medicina durante las horas escolares hagan lo siguiente:

1. Presenten esta forma diligenciada completamente
2. Traigan la medicina en su envase original con la etiqueta de la farmacia (Padres deben solicitar que el farmacista despache dos envases de medicina, una para la casa, y la otra para la escuela)

La medicina puede ser dada por personal de la escuela una vez el médico haya completado el permiso. Se recomienda que los padres traigan las medicinas a la escuela y no los niños.

Nombre del Estudiante: _____ Escuela: _____

Para ser completado por el médico:

Medicina: _____ Dosis: _____
(No se darán inyecciones excepto en emergencia extrema, como alergias a comida o picada de abejas)

Hora suministro de la medicina: _____ Duración: _____

Tipo de medicina (encierre): Pastilla Cápsula Líquido Pomada Inhalante Otro

Precauciones/Efectos secundarios/Comentarios: _____

Niño(a) tiene el inhalador: Si _____ No _____

Firma del Dr.: _____ Fecha: _____

Permiso de los Padres:

Yo doy permiso para que mi hijo(a) reciba la medicina arriba mencionada durante las horas escolares como la prescribió el médico. Por la presente, yo libero a la Directiva de la Escuela, sus agentes, y empleados de toda responsabilidad que pueda resultar de suministrale a mi hijo(a) la medicina prescrita.

Firma del padre(a): _____ Fecha: _____ Tel.: _____

SOLO LA ESCUELA Revisado por: _____ Fecha: _____
Enferma de la Escuela