

Permiso Para Administrar La Medicación

Estudiante: _____ Fecha De Nacimiento: _____
Escuela: _____ Grado: _____

Fecha: _____

Complido Por Los Padres/Guardianes

Con eso, yo doy mi permiso a la escuela de _____ para administrar la Medicación prescrita abajo a mi hijo/hija _____
Durante las horas de colegio, entiendo que una enfermera licenciada o un empleado certificado para dar Medicación, administrara la Medicación prescrita según los ordenes del medico a mi hijo/hija. Su firma en esta forma nos dará permiso para consultar al que prescribe la Medicación si decidimos que es necesario.

Firma del Padre

Complido Por El Medico

Medicación: _____
Dosis Recomendada: _____
Horas para ser administrada: _____
Posibles efectos secundarios: _____

Firma del Medico

Gracias,

Enfermera/Asociada de Salud
Teléfono:
Fax: