

# Consentimiento de Medicamento Escolar

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Padre/Guardián: \_\_\_\_\_  
Teléfono Primario: \_\_\_\_\_ Cel: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_  
Diagnostico(s): \_\_\_\_\_

**Prescription medication orders must be completed by practitioner ONLY**

*Las órdenes de medicamentos recetados deben ser completadas SOLAMENTE por el profesional*

<b>Medication Name:</b> _____ <i>Nombre de Medicamento</i>
<b>Administration Instructions(Dose/Route/Time/s):</b> _____ <i>Instrucciones de Administración (Dosis/Ruta/Horario/s)</i>
<b>Effective Date:</b> School Year 20__ - __ (including summer school) <b>OR</b> From _____ To _____ <i>Fecha efectiva      Año Escolar                      incluyendo la escuela de verano      O      De                      Hasta</i>

<b>Medication Name:</b> _____
<b>Administration Instructions(Dose/Route/Time/s):</b> _____
<b>Effective Date:</b> School Year 20__ - __ (including summer school) <b>OR</b> From _____ To _____

<b>Medication Name:</b> _____
<b>Administration Instructions(Dose/Route/Time/s):</b> _____
<b>Effective Date:</b> School Year 20__ - __ (including summer school) <b>OR</b> From _____ To _____

**Comments** *Comentarios:* \_\_\_\_\_

**Firma de Padre/Guardián** Doy permiso al personal designado por el director de la escuela o la enfermera para que administre el medicamento mencionado arriba a mi estudiante de acuerdo con las instrucciones mencionadas arriba y les autorizo a que se comuniquen con el médico, si es necesario.

Firma de Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**PRACTITIONER SIGNATURE** Practitioner signature directs the above medication administration and indicates willingness to communicate with school staff regarding this medication.

*La firma del profesional dirige la administración de medicamentos mencionados e indica la voluntad de comunicarse con el personal de la escuela con respecto a este medicamento.*

Practitioner Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Practitioner Name, Address, Phone  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_