The Marie Philip School

at The Learning Center for the Deaf

**Autorización para Administrar Medicación**

2018-2019

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_

 Apellido Nombre de pila Segundo nombre

La enfermera o la persona que ella designe administra todos los medicamentos. Se necesita la autorización por escrito del padre/tutor y una orden del médico para administrar todos los medicamentos y para permitir la autoadministración de los mismos.

Enumere todos los medicamentos que esté tomando en la escuela y en el hogar. Incluya medicamentos recetados y de venta libre.

|  |  |
| --- | --- |
| **Medicamento:** | **Motivos por los que el niño toma la medicación:** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Autorizo a la enfermera o al personal de la escuela designado por ella para administrar los medicamentos enumerados anteriormente.

Autorizo a la enfermera de la escuela a compartir con el personal adecuado la información relativa a la medicina recetada, según se considere necesario para la salud y seguridad de mi hijo.

Firma del padre o tutor: Fecha: \_\_\_\_\_\_\_

Firma del alumno (si tiene 18 años o más): Fecha: \_\_\_\_\_\_

En caso de necesitar medicación de emergencia, se notificará al padre o tutor y a la persona autorizada a recetar.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nota:** El padre o tutor puede retirar medicación de la escuela en cualquier momento. Serán destruidos los medicamentos no retirados dentro de una semana de finalizada la prescripción o de una semana posterior al cierre de la escuela, a menos que se hayan establecido planes alternativos.