



Savannah-Chatham County Public School System  
**AUTORIZACIÓN PARA DAR MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA**

Página 1 de 1  
USE BLUE OR BLACK INK ONLY

**Si se pueden administrar medicamentos en el hogar o después del horario escolar, hágalo. Sin embargo, si el medicamento debe administrarse durante el horario escolar, este formulario debe completarse.**

### APPLICANT INFORMATION

El Nombre De Estudiante:

Profesor:

Grado:

Solicito que el profesional de la salud, a través del director o la persona designada, supervise / asista en la administración de medicamentos a mi hijo, de acuerdo con las instrucciones que se detallan a continuación. Entiendo que:

- Los medicamentos deben estar en el envase original etiquetado (sin bolsitas, papel de aluminio, etc.) Los farmacéuticos pueden proporcionar un envase etiquetado duplicado con solo las dosis de la escuela.
- El padre / tutor debe proporcionar instrucciones específicas, así como la medicación y el equipo relacionado al director o al personal de la clínica.
- Será responsabilidad del padre / tutor informar a la escuela sobre cualquier cambio.
- No se administrarán nuevos medicamentos o nuevas dosis, a menos que se complete un nuevo formulario y se proporcione un recipiente etiquetado recientemente.
- Todos los medicamentos serán llevados directamente a la oficina / clínica por el padre / tutor.
- Los medicamentos no utilizados se eliminarán dentro de una semana después de que se suspenda el medicamento o al final de cada período escolar si no se recogen.

Nombre Del medicamento:

Dosis:

Ruta (por vía oral, tópica, etc.):

Med Count en el inicio de sesión:

Tiempo (s) para ser dado:

Detenga la medicación en:

Condición / enfermedad que requiere medicación:

Alergias:

Nombre del proveedor de servicios de salud:

Teléfono:

Teléfono de casa:

Teléfono del trabajo:

Teléfono móvil:

Por la presente, autorizo al personal, empleados y funcionarios del Distrito Escolar del Condado de Chatham a ayudar a mi hijo a tomar medicamentos recetados o de venta libre. Entiendo que, en caso de cambio de medicamento, soy responsable de firmar un nuevo formulario de solicitud. También entiendo que los medicamentos que no se recogen al final del año escolar se descartan. Plan de acción para asma y / o alergia alimentaria. (forma de círculo)

Firma del padre / tutor legal:

Imprimir nombre

Fecha

Received by

Date