

ESCUELAS PÚBLICAS DE PERRY

Declaración del médico

sobre el medicamento que debe administrar el personal de la escuela
(Código revisado de Ohio, sección 3313.713)

NOTA: Se deben llenar **TODOS** los espacios en blanco

Nombre del estudiante: _____ Alergias: _____

Dirección _____

Escuela: (encierre una con un círculo)

Escuela primaria ~ Escuela Intermedia ~ Escuela media ~ Escuela secundaria

Grado: _____ Maestro: _____ Edad del estudiante: _____

Nombre del medicamento: _____

Dosis que se debe administrar: _____

Horario o intervalos en que se debe administrar cada dosis: _____

Fecha de inicio de la administración del medicamento: _____

Fecha de finalización de la administración del medicamento: _____

Cualquier reacción adversa grave que deba informarse al médico:

Uno o más números de teléfono donde se pueda ubicar al médico en caso de una emergencia: _____

Instrucciones especiales para administrar el medicamento, incluidas condiciones de esterilización y conservación: _____

Nombre del médico: _____

Domicilio del médico: _____

Fecha de la presente declaración: _____ Diagnóstico: _____

Firma del médico: _____

Nombre del médico (en imprenta): _____

**DECLARACIÓN DEL PADRE/TUTOR DONDE SE SOLICITA A
LOS EMPLEADOS DE LA ESCUELA QUE ADMINISTREN UN
MEDICAMENTO AL ESTUDIANTE
(Código revisado de Ohio, sección 3313.713)**

Yo, _____, soy el parente, madre, tutor o persona que cuida o está a cargo de _____, que es estudiante de la Escuela primaria ~ Escuela media ~ Escuela secundaria de Perry (encierre con un círculo la escuela que corresponda).

Solicito y autorizo por la presente que el medicamento descrito en la declaración del médico que se adjunta le sea administrado por un empleado de la Junta de Educación que esté debidamente autorizado para administrar medicamentos a los estudiantes.

Asimismo, acepto que cualquier empleado de la escuela que administre el medicamento descrito en la declaración del médico, se base en la información allí suministrada hasta tanto se presente una declaración revisada.

También afirmo de manera explícita que si se produce algún cambio en la información de la Declaración del médico adjunta, presentaré de inmediato una revisión de la declaración llenada y firmada por el médico a la enfermera de la escuela o al auxiliar de salud, o al director del establecimiento.

Fecha: _____

Firma del parente/tutor: _____

Nombre del parente/tutor: _____

Nombre del medicamento: _____

Teléfono de contacto durante el día: _____

NOTA

El dorso de este formulario (Declaración del médico sobre el medicamento que debe administrar el personal de la escuela) debe ser llenado por el médico del estudiante.

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ESCUELA

El presente formulario de Solicitud de administración de medicamento ha sido debidamente llenado por el médico y por el parente/tutor, y el medicamento será administrado por el empleado o los empleados autorizados de la escuela.

Director / Enfermera del distrito