

# Walden West Escuela al Aire Libre

(Por favor, de esta forma al profesor de su niño)

## Información que se requiere con respecto a los medicamentos.

PARTE 1 NECESITA SER COMPLETADA POR EL DOCTOR DE SU HIJO(A).

PART 2 NECESITA SER COMPLETADA POR LOS PADRES OR GUARDIANES.

**Para que su hijo(a) reciba medicamentos con receta o sin receta mientras están en el programa de Walden West, lo siguiente debe ser llenado y firmado por el doctor de su hijo(a), y firmado por usted. Los medicamentos y formas debe regresaría con su hijo(a) a la maestra de su clase.**

### PARTE 1 NECESITA SER COMPLETADA POR EL DOCTOR

ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ ESCUELA: \_\_\_\_\_

Medicamento	Dosis	Método de Administración	Frecuencia	El Medicamento Debe Continuarse Tomando Hasta	Reacciones Posibles Del Medicamento	Razones Por Las Cuales Se Esta Dando El Medicamento
e.g., Tylenol	e.g., 325mg Pastilla, 1-2 pastillas	e.g., Oral	e.g., Cada 4 horas como necesitado	e.g., Hasta 5 días, no más	e.g., Náusea	e.g., Dolor de cabeza

NOMBRE DEL DOCTOR: \_\_\_\_\_ DIA QUE SE SOLICITO: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL DOCTOR: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

### PART 2 NECESITA SER COMPLETADA POR LOS PADRES O GUARDIANES

#### AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES PARA PODER ADMINISTRAR MEDICAMENTOS

Yo solicito que a mi hijo(a) \_\_\_\_\_ se le administre este medicamento en conformidad con uno de los miembros y empleado por la escuela. Yo entiendo que el medicamento que tiene que ser dado durante el programa de Walden West debe ser etiquetado por la farmacia y debo notificar a la escuela se el medicamento tiene que cambiarse o dejar de darlo.

Yo entiendo que la escuela legalmente no esta obligada a administrar medicamentos a mi hijo(a) por lo tanto, estoy de acuerdo a mantener a el Distrito de la escuela y sus empleados libres de cualquier inconveniente los cuales pudieran presentarse fuera de los arreglos ya mencionados.

Firma de los Padres: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_