

FORMULARIO DE DOCTOR

Walden West Escuela al Aire Libre

(Por favor, dé esta forma al maestro de su niño.)

Escuela: _____

Maestro: _____

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 regresarías 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

NOMBRE DEL DOCTOR: _____ DIA QUE SE SOLICITO: _____

FIRMA DEL DOCTOR: _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____

DOMICILIO: _____

PARTE 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 o en su paquete original 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: _____