



Servicios de Enfermería

Escuelas Públicas de Rio Rancho

AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTO SIN RECETA (una forma por medicamento)

FECHA: _____
(Date)

GRADO ESCOLAR: _____
(Grade)

ESTUDIANTE: _____
(Student Name)

FECHA DE NACIMIENTO: _____
(DOB)

Autorizo a la Enfermera de la Escuela o persona asignada a administrar el siguiente medicamento a mi estudiante.

Medicamento: _____
(Medication)

Cantidad: _____
(Amount)

Hora: _____
(Time)

Razón: _____
(Reason)

Fecha en que se Recibió: _____
(Date Received)

Fecha de Vencimiento: _____
(Expiration Date)

Número Recibido: _____
(Number Received)

Firma de la Enfermera/AS: _____
(Nurse/HA Signature)

Firma: _____
(Parent Signature) Padre o Tutor

Número de Teléfono: _____
(Parent Phone #)

EL MEDICAMENTO SE DEBE LLEVAR A LA OFICINA DE SALUD EN EL ENVASE ORIGINAL SELLADO

Los padres deben escribir sus iniciales en cualquier orden especial agregada en el espacio dado abajo:

(Iniciales del Padre) **Recogeré cualquier medicamento que no se use en el último día de escuela.**
I will pick up unused medication on last day of school.

(Iniciales del Padre) **Favor de enviar al hogar con mi niño el último día de escuela cualquier medicamento que no se haya usado.**
Please send home medication with my child – I assume all liability

(Iniciales del Padre) **Por favor deshágase en el último día de escuela de cualquier medicamento que no se haya usado.**
Please discard any unused medication on last day of school.

Instrucciones para el fin del año escolar