

DISTRITO ESCOLAR DEL VALLE DE BOULDER RE-2 / DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE BOULDER
PROGRAMA ESCOLAR DE LA SALUD

PETICION DE LOS PADRES PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA
y
ACUERDO DE EXONERACION Y PETICION FIRMADA DEL DOCTOR

El/los padre/s o tutor/es de _____ solicitan con este documento que el personal empleado por el Distrito Escolar del Valle de Boulder Re-2 o por el Departamento de Salud del Condado de Boulder se aseguren de que dicho niño tome _____
(Nombre del medicamento)

a las _____ tal y como lo prescribe su doctor.
(Hora)

El Distrito Escolar del Valle de Boulder y el Departamento de Salud del Condado de Boulder requieren que, como una de las condiciones de su acuerdo para administrar cualquier tipo de medicamento, la medicina haya sido recetada por un doctor o por un dentista y que sea proporcionada por los padres o tutores del estudiante debidamente identificada con el nombre del estudiante, el nombre del medicamento, la hora en que debe administrarse, la dosis y la fecha en que se debe cesar la administración. Se entiende que el medicamento debe administrarse únicamente a petición de los abajo firmantes y como cortesía hacia ellos. En consideración del permiso otorgado a cualquier empleado del Distrito Escolar del Valle de Boulder Re-2 o del Departamento de Salud del Condado de Boulder para que realice este servicio, los padres o tutores abajo firmantes acuerdan exonerar a dichas instituciones y a su personal de cualquier denuncia legal que pueda haber sido interpuesta contra ellos en la actualidad o que pudiera interponerse en el futuro como consecuencia de administrar (o de no administrar) el medicamento al estudiante.

Firmado en este día _____ de _____, 20_____.

Nombre del Doctor o Dentista que receta este medicamento

Escuela a la que asiste el niño

Firma del Padre o Tutor

PHYSICIAN'S SIGNED ORDER FOR MEDICATION AT SCHOOL

Student's name _____ medication _____

Route administration _____ Dosage _____ to be given at _____
(time)

from _____ to _____
(date) (date)

Purpose of medication _____

Possible side effects _____

Physician's signature _____ Date _____

For inhalers & Epi-pens only... Doctor, please sign below to give permission for student to carry and self-administer the inhaler and Epi-pen ordered on this form.

Physician's signature & date