

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

PETICION DE LOS PADRES PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA,
ACUERDO DE EXIMIR Y ORDEN FIRMADA POR UN DOCTOR

El padre(s) o tutor(es) suscrito(s) de _____ solicita(n)
por este medio al personal del Distrito Escolar del Valle de Boulder RE-2 asegurar que el niño reciba
_____ a las _____ como lo recetó su doctor.
(nombre del medicamento) (horario)

Es requisito del Distrito Escolar del Valle de Boulder y como condición al acuerdo de administrar cualquier medicamento, que dicho medicamento haya sido recetado por un médico o dentista y que éste haya sido proporcionado por el padre(s) o tutor(es) del alumno con la etiqueta apropiada que indique el nombre del niño, el nombre del medicamento, el horario en que deba administrarse, la dosis y la fecha en que el medicamento deberá ser descontinuado. Se entiende que el medicamento será administrado a petición y por arreglo del padre(s) o tutor(es) suscrito(s). En consideración a que algún empleado del Distrito Escolar del Valle de Boulder RE-2, acepte la petición de realizar este servicio, por este medio el suscrito(s) padre(s) o tutor(es) acuerda(n) eximir dicha institución y su personal de cualquier demanda(s) que puedan tener ahora o de aquí en adelante por administrar (o no administrar) el medicamento al alumno.

Fecha el día _____ de _____ de 20_____.

Nombre del Doctor o Dentista que recetó el medicamento

Escuela a la que asiste el alumno

Firma del Padre o Tutor

PARA USO EXCLUSIVO DEL DOCTOR

PHYSICIAN'S SIGNED ORDER FOR MEDICATION AT SCHOOL

Student's name _____ medication _____

Route of administration _____ Dosage (total en mg/dose) _____

to be given at _____ from _____ to _____
(time) (date) (date)

Purpose of medication _____

Possible side effects _____

Physician's signature

Date

For inhalers & EpiPens only: Doctor, please sign below to give permission for student to carry and self-administer the inhaler and/or EpiPen ordered on this form.

Physician's Signature & Date