

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

AUTORIZACIÓN CONSENTIDA PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

Los padre(s) o tutor(es) 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 discontinuado. 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 a su personal de cualquier demanda(s) que puedan tener ahora o de aquí en adelante por administrar (o no administrar) el medicamento al alumno.

¿Tiene este estudiante una condición médica que debemos saber? En caso afirmativo, ¿cuál es? _____

¿Tiene este estudiante un plan de asistencia médica, un IEP o 504 en la actualidad? En caso afirmativo, sírvase proporcionar una copia.

¿Necesitará Este estudiante un medicamento o tratamiento médico mientras esté en el programa de verano? Si necesita medicamentos, por favor complete el formulario adjunto. Si se auto-administra EpiPens o inhaladores, por favor asegúrese de completar la parte de abajo del formulario.

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 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: Health Care Provider, please sign below to give permission for student to carry and self-administer the inhaler and/or EpiPen ordered on this form.

Health Care Provider Signature & Date