

DISTRITO ESCOLAR DE NEW LONDON

SERVICIOS DE SALUD ESCOLARES

Oficina de la Mesa Directiva
901 West Washington Street
New London, WI 54961

Primaria Parkview 920-982-8538
920-982-8700 (FAX)
Primaria Readfield 920-667-4265
920-667-4295 (FAX)
New London High School 920-982-8433
920-982-8441 (FAX)

Primaria Lincoln 920-982-8540
920-982-8701 (FAX)
Primaria Sugar Bush 715-752-4135
715-752-4010 (FAX)
New London Middle School 920-982-8602
920-982-8605 (FAX)

CONSENTIMIENTO DE LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO

Necesita una hoja separada para cada medicamento.

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____ Fecha de nacimiento: _____

Escuela: Parkview Readfield Lincoln Sugar Bush Middle School High School
(Escuela Media) (Secundaria)

Nombre del Medicamento: _____ Recetado No Recetado

Dosis: _____ Cómo se toma: _____ Hora: _____

Fecha de Comienzo: _____ Fecha de Terminación: _____

Razón por el medicamento: _____

SI "COMO NECESARIO", CONDICIONES CUANDO DEBE DAR EL MEDICAMENTO:

Precauciones, reacciones posibles, y/o intervenciones: _____

Nombre del médico que recetó el medicamento: _____ Número de teléfono: _____

Firma del médico: _____

Yo doy mi permiso para que el personal escolar del medicamento a mi hijo/a de acuerdo a las instrucciones dichas arriba y de que la enfermera escolar pueda llamar al médico si es necesario.

Si es necesario administrar medicamento recetado el padre/guardian debe proveer un papel firmado por el médico y el medicamento debe permanecer en la botella que la farmacia le dió. Medicamento sin receta debe ser proveído al personal escolar en el recipiente en que lo compró.

También estoy de acuerdo de no culpar al Distrito Escolar de New London de cualquier cosa con la administración del medicamento, de acuerdo con la póliza, en la escuela.

Yo estoy de acuerdo de notificar a la escuela por escrito cuando cualquier cambio en las ordenes arriba sea necesario.

Fecha: _____
Firma del padre _____

Número de teléfono: _____
Número de trabajo: _____
Número de celular _____