BIN #

DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE MIDLAND
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD

FORMA DE PERMISO PARA MEDICAMENTO

Estimado Padre/Guardián,

Conforme a la póliza del Distrito Escolar Independiente de Midland, todo tipo de medicamentos administrados en la escuela deben de cumplir con los siguientes reglamentos:

1. Todos los medicamentos administrados deben estar en el envase original-incluyendo medicamentos con y sin receta médica. Información sobre el medicamento debe estar claramente indicada en el envase. Los medicamentos con receta se le administraran al estudiante como se indique en las instrucciones. El medicamento tiene que ser aprobado por la FDA. **Todo tipo de medicamentos deben de tener una forma de permiso con fecha y firma de padre/guardián.**
2. Las medicinas sin receta médica deben ser apropiados para la edad del estudiante y no se podrán suministrar por más de tres días consecutivos sin instrucciones médicas.
3. No se administran medicinas que hayan sido compradas o recetadas en otro país (por ejemplo, México).
4. La escuela no facilitara medicamentos.

_____ Inicial

5. Ningún medicamento controlado (por ejemplo, Ritalin, Concerta, Focalin, Straterra o narcóticos), no será enviado a la casa con el estudiante. Siempre que sea posible, este tipo de medicamentos deben administrarse en el hogar. **TODO medicamento de este tipo DEBE SER recogido de la escuela por los padres/guardián.**
6. Los Servicios de Salud de MISD **RECOMIENDA FUERTEMENTE** que todo medicamento sea entregada a la clínica de la escuela por los padres/guardián. MISD no aceptara responsabilidad de estos medicamentos hasta que sean entregados a la enfermera o personal de oficina de la escuela.

Nombre de estudiante: _____Fecha de nacimiento _____ID#/Grado_____
Primer nombre Apellido

DATE	MEDICATION	DOSAGE	TIME TO BE GIVEN
Comments			
Comments			
Comments			
Comments			

[ ] Padre/guardián que lleve medicamento a casa al final del año escolar. _____ (Inicial)
[ ] Medicamento que no se recoge por el padre/guardián o niño/a al final del año escolar se va tirar. _____ (Inicial)

Solicito que el medicamento mencionado se administre a mi hijo/a como está indicado. Doy permiso para que la enfermera se comunique con el medico que suministro la receta con preguntas relacionadas a los medicamentos mencionados.

_____ _____ _____
Por favor escriba el nombre y apellido del padre/guardián Fecha # de teléfono de día

_____ _____
Firma del padre/guardián Inicial

Rev. 08/05/2016