Distrito Escolar Público de Manitowoc

Formulario de consentimiento de medicamentos

(Medication Consent Form-Spanish)

Nombre del estudiante/Student Name	Fecha de nacimiento/ Birthdate	Escuela/School	Grado/Grade

Proveedor que receta/Prescribing Provider	Teléfono del proveedor/ Provider Phone	Fax del proveedor/Provider Fax

- Solicito que mi hijo reciba medicamentos en la escuela.
- Doy permiso para que el personal de la escuela se comunique con el proveedor que receta con respecto al uso del medicamento, si corresponde.
- Entiendo que este consentimiento está activo durante todo el año escolar.
- Acepto informar a la escuela de cualquier cambio en la administración de medicamentos.
- Entiendo que es un REQUISITO que todos los medicamentos sean transportados hacia/desde la escuela por un adulto responsable.
- Entiendo que todos los medicamentos deben estar en el envase original etiquetado.
- Entiendo que cualquier medicamento que quede después del último día de clases será desechado adecuadamente por la enfermera escolar.
- Además, acepto eximir de responsabilidad a los empleados del MPSD en todas las reclamaciones que surjan de la administración del medicamento en la escuela.

Nombre impreso del padre/tutor **Firma del padre/tutor** **Fecha**

Medicamentos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) (debe ser completado por los padres)

(OTC) Medications (to be completed by parent)

Medicamento/Medication	Dosis/Dose	Hora/Time	Frecuencia/ Frequency	Razón para la medicación/ Reason for Medication

Prescription Medications *This section to be completed by prescribing provider ONLY*

Medicamentos recetados *Esta sección debe ser completada SOLAMENTE por el proveedor que receta*

Medication Name	Route	Dose	Time/Frequency	Administration Instructions

<u>GRADE 6 AND UP ONLY</u>: If an inhaler or epinephrine, may the student self-carry and administer? ☐ **Yes** ☐ **No**
SÓLO PARA GRADOS 6 Y MAYORES: Si es un inhalador o epinefrina, ¿puede el estudiante llevarla consigo y administrarla?

Printed Name of Prescribing Provider **Signature of Prescribing Provider** **Date**

H2003 12/22 SK