

COMO-PICKTON CISD
Forma para Administración de Medicamentos o Procedimientos Especiales
Por el personal escolar

Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Grado: _____ Maestra: _____

Fecha que la forma fue recibida por la escuela: _____

Nombre de la Medicina: _____

Razón Por la Medicina: _____

Dosis y Horario de administración de la medicina: _____

Forma del medicamento/ tratamiento:

Tabletas___ Líquido___ Inhalador___ Inyección___ Nebulizador___ Otro___

Restricciones y/o Efectos Secundarios: Si o No. Si su respuesta es Si, por favor describa:

Comience _____ fecha que el medicamento es recibido Parar _____ fin del año escolar

Otra fecha: ___ Otra Duración: ___ Para Episodios de Emergencia únicamente: ___

Fecha: _____ Firma de su Medico: _____

Nombre del Doctor: _____

Dirección: _____

Número Telefónico _____ Número de Fax _____

YO doy mi permiso para que (nombre del Niño) _____

Reciba la medicación anteriormente mencionada en la escuela de acuerdo con la política de la escuela.

Firma del Padre o guardián: _____ Fecha: _____

Relación con el estudiante: _____

