

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: \_\_\_\_\_

# Notas de Administración del Medicamento

Estudiante: \_\_\_\_\_

Medicamento/Dosis: \_\_\_\_\_

Instrucciones: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

Fecha	HORA	Iniciales

Fecha	HORA	Iniciales

Firmas \_\_\_\_\_

---

---

---

---