

OREGON SCHOOL DISTRICT

**ESTA FORMA DEBE SER COMPLETADA Y FIRMADA POR UN PADRE/TUTOR ANTES DE QUE SE PUEDA ADMINISTRAR EL MEDICAMENTO EN ESCUELA.**

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ ESCUELA: \_\_\_\_\_

INDICACIÓN/DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO*** | DOSIS | FRECUENCIA | FECHA DE INICIO | FECHA FINAL (O HASTA EL ÚLTIMO DÍA DE CLASES) |
|---------------------------|-------|------------|-----------------|---|
|                           |       |            |                 |   |
|                           |       |            |                 |   |
|                           |       |            |                 |   |
|                           |       |            |                 |   |

PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA PRIMARIA DEL ESTUDIANTE \_\_\_\_\_

TELÉFONO \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

Doy mi permiso al personal escolar designado para que le dé el medicamento anterior a mi estudiante de acuerdo con las instrucciones anteriores. Acepto liberarme de toda responsabilidad y eximir de responsabilidad al Distrito Escolar de Oregon y sus empleados en todos y cada uno de los eventos relacionados con la administración de este medicamento. Acepto notificar a la escuela, por escrito, de cualquier cambio en las órdenes anteriores. Además, aceptó reponer el suministro de medicamentos de venta libre según sea necesario; Entiendo que solo se puede almacenar el suministro para un mes en la escuela.

\*\*\*OSD puede proporcionar los siguientes medicamentos en existencia: acetaminofén, ibuprofeno y difenhidramina.

FECHA: \_\_\_\_\_ NOMBRE EN IMPRENTA: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

TELÉFONO PREFERIDO: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO PREFERIDO: \_\_\_\_\_