

Apellido del Alumno \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Alergias a Fármacos \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Maestro \_\_\_\_\_

**DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE PLANO**  
**Formulario de Solicitud para Medicamentos**

Cuando se trae medicamentos a la escuela, favor de seguir las directrices a continuación:

1. Para la seguridad del alumno, **cualquier medicamento debe ser entregado a la clínica por los padres**. La escuela **no** suministra los medicamentos.
2. **Todo medicamento** deberá estar en su envase original, correctamente etiquetado, acompañado por una solicitud en forma escrita firmada por el padre/madre/tutor.
3. Solamente se administrará en la escuela un medicamento que no se puede dar en casa.
4. Sólo se aceptará un abasto de 30 días del medicamento en una misma entrega. (**Cantidad recibida por la enfermera** \_\_\_\_\_)
5. **Cualquier medicamento caducado o que no ha sido recogido por los padres, será destruido.**
6. En ausencia de la enfermera, los empleados autorizados del distrito podrán administrar el medicamento.
7. No se administrará ninguna aspirina ni productos que contienen aspirina, sin una orden médica.

Medicamento \_\_\_\_\_ Dosis/Hora/Días en que debe recibir \_\_\_\_\_

Número de Receta \_\_\_\_\_ ¿Será esta la primera dosis de un medicamento nuevo para su hijo?  SI  NO

Fecha de Caducidad \_\_\_\_\_ (Responsabilidad de los padres) ¿Para qué condición se requiere este medicamento? \_\_\_\_\_

Para este medicamento, ¿existe alguna instrucción/precaución/efecto secundario para su hijo? \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Madre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del Médico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**Para administrar un medicamento de venta libre por más de 10 días seguidos, es necesario contar con la firma de un médico.**

Firma del Médico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Rev.3/14/08 Spanish

-----

Apellido del Alumno \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Alergias a Fármacos \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Maestro \_\_\_\_\_

**DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE PLANO**  
**Formulario de Solicitud para Medicamentos**

Cuando se trae medicamentos a la escuela, favor de seguir las directrices a continuación:

1. Para la seguridad del alumno, **cualquier medicamento debe ser entregado a la clínica por los padres**. La escuela **no** suministra los medicamentos.
2. **Todo medicamento** deberá estar en su envase original, correctamente etiquetado, acompañado por una solicitud en forma escrita firmada por el padre/madre/tutor.
3. Solamente se administrará en la escuela un medicamento que no se puede dar en casa.
4. Sólo se aceptará un abasto de 30 días del medicamento en una misma entrega. (**Cantidad recibida por la enfermera** \_\_\_\_\_)
5. **Cualquier medicamento caducado o que no ha sido recogido por los padres, será destruido.**
6. En ausencia de la enfermera, los empleados autorizados del distrito podrán administrar el medicamento.
7. No se administrará ninguna aspirina ni productos que contienen aspirina, sin una orden médica.

Medicamento \_\_\_\_\_ Dosis/Hora/Días en que debe recibir \_\_\_\_\_

Número de Receta \_\_\_\_\_ ¿Será esta la primera dosis de un medicamento nuevo para su hijo?  SI  NO

Fecha de Caducidad \_\_\_\_\_ (Responsabilidad de los padres) ¿Para qué condición se requiere este medicamento? \_\_\_\_\_

Para este medicamento, ¿existe alguna instrucción/precaución/efecto secundario para su hijo? \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Madre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del Médico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**Para administrar un medicamento de venta libre por más de 10 días seguidos, es necesario contar con la firma de un médico.**

Firma del Médico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Rev.3/14/08 Spanish