

**Distrito Escolar de MARSHALL**  
**Administración de medicamentos a los estudiantes**  
(Por favor, regrese a la escuela de su hijo/a)

Nombre \_\_\_\_\_ del estudiante Nombre del médico \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_ Dirección del Médico \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Grado Escolar \_\_\_\_\_

Teléfono del Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Teléfono de el Médico \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo \_\_\_\_\_ Teléfono Fax \_\_\_\_\_

---

**Para Padre/Tutor/Médico:**

El Distrito Escolar de Marshall es requerido por la estatua estatal para dar medicamentos recetados a los estudiantes sólo con las instrucciones completas de un médico y el consentimiento firmado por los padres / tutores. Los medicamentos deben suministrarse en el envase o envase original. Por razones de seguridad y responsabilidad, los medicamentos recibidos en cualquier recipiente que no sea el original no serán aceptables para la administración del personal. Al firmar este formulario, usted libera a la Junta de Educación, sus agentes y empleados de cualquier responsabilidad que pueda resultar de tomar este medicamento.

---

Medicamentos \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Frecuencia \_\_\_\_\_

Fecha de inicio \_\_\_\_\_ Fecha de finalización \_\_\_\_\_

Forma: \_\_\_\_\_ Inyección \_\_\_\_\_ Nebulizador \_\_\_\_\_ Inhalador \_\_\_\_\_ Líquido \_\_\_\_\_ Tableta/Cápsula \_\_\_\_\_

Para eventos episódicos/de emergencia solo \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

\*Medicamentos de emergencia (inhalador, glucagón, insulina, epi-pen). Estudiante a auto administrar/llevar: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Tiempo(s) de a administrar \_\_\_\_\_ Razón para este medicamento \_\_\_\_\_

Si se administra "según sea necesario", describe \_\_\_\_\_

Instrucciones especiales \_\_\_\_\_

Efectos adversos (esperados o predecibles) \_\_\_\_\_

Yo, el médico que prescribe, estoy dispuesto a aceptar la comunicación directa de la persona que dispensa y administra el medicamento anterior.

\_\_\_\_\_ Fecha de firma del médico \_\_\_\_\_  
(Se requiere firma para todos los medicamentos recetados)

\_\_\_\_\_ Fecha de firma del padre/tutor \_\_\_\_\_  
(Se requiere firma para todos los medicamentos con y sin receta).