El permiso para la posesión y la auto-administración de medicamentos / Suministros para diabéticos

Nombre del estudiante_____Date de nacimiento_____

Escuela _____Grado_____Año Escolar _____

Detalle las conocidas alergias / reacciones medicamentosas _____

RECETA DE AUTORIZACIÓN

Nombre del medicamento _____Motivo de Medicamentos _____
Dosage_____Ruta_____Frecuencia / Hora (s) que ha de dares_____
Comience Medication Fecha_____End Medication Fecha_____

Instrucciones especiales:
¿Tiene la medicación requiere refrigeración? Sí _____ No _____
¿Es el medicamento una sustancia controlada? Sí _____ No _____
se permite la medicación y recomendó para este estudiante? Sí _____ No _____
Si inhalador de asma o de emergencia, me recomiendan este medicamento se mantendrá "en persona" por el estudiante? Sí _____ No _____
Yo afirmo que este estudiante ha sido instruido en la auto-administración correcta de la medicación prescrita. Sí _____ No _____

Efectos potenciales secundarios / contraindicaciones / Reacciones Adversas:_____

_____

El tratamiento en el caso de una reacción adversa: (Adjunte una hoja adicional si es necesario):

_____

_____ _____ _____ _____
Firma del Prescribirr Fecha Teléfono FAX

Autorizo y recomiendo la automedicación por mi hijo para que el medicamento anteriormente. También afirmo que él / ella ha sido instruido en la auto-administración correcta de la medicación prescrita por su médico tratante. Mi estudiante y yo entendemos y se comprometen a respetar las normas del distrito para auto llevado a medicamentos en la escuela. Entiendo que los padres / prescriptor adicional firmado declaraciones serán necesarios si se cambia la dosis y / o la medicación. También autorizo a la enfermera de la escuela para hablar con el médico o farmacéutico de prescripción si surgiera alguna duda sobre la medicación.

_____ _____ _____ _____
Firma del padre / tutor Fecha Teléfono de contacto # 1 Contacto Teléfono # 2