



Administración de medicamentos durante Horas de escuela

TODOS los medicamentos deben estar en sus envases originales.

Esta sección debe ser completada por el médico que receta.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Enumere todos los medicamentos que este estudiante tomará durante el horario escolar:

Medicamento con receta n. ° 1: _____ Dosis: _____

Horarios para administrar la medicación: AM PM

Tableta: Cápsula: Líquido: Otro: _____

Para el tratamiento _____

Posibles efectos secundarios interactivos a tener en cuenta: _____

Medicamento con receta n. ° 2: _____ Dosis: _____

Horarios para administrar la medicación: AM PM

Tableta: Cápsula: Líquido: Otro: _____

Para el tratamiento _____

Posibles efectos secundarios interactivos a tener en cuenta: _____

Medicamento recetado n. ° 3: _____ Dosis: _____

Horarios para administrar la medicación: AM PM

Tableta: Cápsula: Líquido: Otro: _____

Para el tratamiento _____

Posibles efectos secundarios interactivos a tener en cuenta: _____

Autorización de medicamentos sin receta

Medicamentos sin receta: _____ Dosis: _____

Horarios para administrar la medicación: AM PM

Tableta: Cápsula: Líquido: Otro: _____

Para el tratamiento de: _____

Posibles efectos secundarios interactivos a tener en cuen _____



Información / aprobación del médico que receta

Nombre del médico: (en letra de imprenta) _____ Firma: _____

Dirección: _____ Teléfono: (____) _____

Esta sección debe ser completada por el parent / tutor

Solicito que el personal autorizado de Frostig ayude a mi hijo _____ a tomar los medicamentos recetados y / o no recetados en la escuela. También doy mi permiso para que el personal administrativo hable con mi médico del niño con respecto a la medicación anterior. Cumpliré con TODAS las políticas y procedimientos de medicamentos de Frostig.

Firma del parent / tutor: _____ Fecha: _____

Número de teléfono celular: (____) _____

Número de teléfono de emergencia: (____) _____