

Escuelas públicas del municipio de Bernards

Formulario de pedido de medicamento

**Para ser completado por un padre/tutore:**

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Maestro \_\_\_\_\_

Alergias (Picadura de insecto /Comida /  
Medicamento) \_\_\_\_\_

Por la presente solicito y autorizo empleados apropiados de las escuelas públicas del municipio de Bernards para administrar medicamentos prescritos como se indica por el abajo firmante con licencia médica. Concedo el permiso a los empleados de las escuelas públicas del municipio de Bernards para el intercambio de información con el médico de mi hijo/a como sea necesario. **He leído las reglas generales en la parte de atrás de este formulario y asumo las responsabilidades que sean necesarias.**

Firma del Padre/Tutore \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Para ser completado por el médico/enfermera de práctica avanzada:**

Diagnóstico \_\_\_\_\_ Medicamento \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Ruta \_\_\_\_\_

Frecuencia: Diario \_\_\_\_\_ (indica la hora de administración) \_\_\_\_\_

PRN \_\_\_\_\_ (indica señales/síntomas que requieren  
administración) \_\_\_\_\_

Efectos secundarios del  
medicamento \_\_\_\_\_

Restricciones de las actividades  
diarias \_\_\_\_\_

Administración del medicamento para empezar el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ y discontinuar el  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**Certifico que este niño/a no podrá asistir a la escuela si este medicamento no es administrada durante las horas de clases y que el estudiante está muy bien físicamente y es capaz de asistir a la escuela.**

\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

**INHALADOR PARA LA AUTO-ADMINISTRACIÓN:**

He explicado a este niño/a sobre la administración correcta de este medicamento y certifico que él /  
ella es capaz de auto-administrar este medicamento. \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ NO

Según la política 5330 de la Junta de educación del municipio de Bernards, el permiso de la administración de la medicación en la escuela o en eventos relacionados con escuela se dará sólo cuando la asistencia del alumno depende de la administración oportuna de la medicación en la escuela o en eventos relacionados con la escuela. Le recomendamos encarecidamente que cualquier medicamento que se puede tomar antes o después de la escuela que así lo prescriba.

\_\_\_\_\_

Firma del Médico

Fecha

Sello Médico

(DEBE ESTAR PRESENTE PARA TENER  
VALIDEZ)

\_\_\_\_\_

Número de teléfono

**Este pedido de medicamento es válido sólo para el año escolar.**

Firma de la enfermera de la escuela \_\_\_\_\_

Fecha en la que el pedido se pone en efecto \_\_\_\_\_