DISTRITO ESCOLAR Nº 1 UNIDO DE WEST BEND

TARJETA DE MEDICACION

Para ser completado por los padres y el médico (la firma del médico NO es necesaria para medicinas "sin receta": si la dosis de la medicina "sin receta" es diferente de las instrucciones del envase, se necesita la firma del médico.)

Nombre del Estudiante _____ Escuela _____ Grado _____ Maestro/a _____
Dirección _____
Nombre del Padre _____ Teléfono _____ Trabajo _____
Nombre de la Medicina _____ Dosis _____ Horario de Administración _____
Propósito de la Medicina _____
Fecha de comienzo de la Medicina (y terminar, si es aplica) _____
Efectos Secundarios _____
Instrucciones Especiales (Ej.: refrigeración, estómago vacío, etc.) _____

Firma del Padre _____ Fecha _____

Para Medicina Recetada a Largo Plazo:
Estoy de acuerdo a estar disponible para cualquier comunicación directa de la persona(s) que administra la medicina.
Nombre de Médico _____ Firma de Médico _____
Institución Médica _____ Dirección _____
Teléfono _____ Fax _____ Fecha de la Firma _____
Estas son las condiciones/reacciones por las que se me debe contactar: _____

Le he dado instrucciones a _____ de manera correcta para usar su Inhalador/Epi-Pen. Es mi opinión profesional que a él/ella se le permita llevar y usar por sí mismo su Inhalador/Epi-Pen.

Todas las medicinas en el envase **original** deben ser transportadas a la escuela por el padre/tutor.
Las medicinas recetadas deben estar en el envase farmacéutico con la etiqueta con el nombre del estudiante, instrucciones, etc.

UNA MEDICACI POR TARJETA 3/1/17 PS:JML

Nombre e Iniciales de la Persona(s) Responsable de Administrar la Medicina. _____

FECHA/ HORA	# DE PASTILLAS	INICIALES DE PERSONAL	FECHA/ HORA	# DE PASTILLAS	INICIALES DE PERSONAL	FECHA	DEJAR (DO) RECOGER (PU)	# DE PASTILLAS	FIRMA DE PERSONA AUTORIZADO	INICIALES DE PERSONAL