

Distrito Escolar del Área de Berlín

Formulario de permiso de medicamentos recetados



Today's Learners.
Tomorrow's Leaders.

REQUERIDO: El medicamento debe estar en el envase original con la etiqueta de la farmacia.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE		
Nombre del estudiante	Fecha de nacimiento	Grado
Nombre de la escuela del distrito	Año escolar	
<input type="checkbox"/> Clay Lamberton Elementary Fax: (920) 361-4352	<input type="checkbox"/> Berlin Middle School Fax: (920) 361-3379	<input type="checkbox"/> Berlin High School Fax: 920-361-2005

PROVEEDOR DE SALUD		
Nombre del medicamento		
Medicación/Método de tratamiento		
<input type="checkbox"/> Tableta/Cápsula <input type="checkbox"/> Inhalador <input type="checkbox"/> Líquido <input type="checkbox"/> Inyección <input type="checkbox"/> Nebulizador <input type="checkbox"/> Tópico Otro <input type="checkbox"/> : _____		
Dosificación	Hora(s) a administrar	
Propósito		
Posibles efectos secundarios		
Requisitos de almacenamiento	Fecha de inicio	Fecha de finalización
<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> refrigerar <input type="checkbox"/> estudiante bloqueado <input type="checkbox"/> *		
Este estudiante es capaz y responsable de autoadministrarse este medicamento.		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí - Supervisado <input type="checkbox"/> Sí - Sin supervisión		
Firma del médico	Fecha	

PERSONAL DE LA ESCUELA	
*Si al estudiante se le permite llevar su propio medicamento, entonces el administrador del distrito, el director o la enfermera deben firmar a continuación. El estudiante debe tener una copia de este formulario completo en todo momento cuando lleve y tome este medicamento.	
Firma de la enfermera del director o del distrito	Fecha

PADRE/TUTOR	
Mi firma a continuación da permiso al administrador del distrito, director o enfermera para designar a un agente de BASD debidamente capacitado para administrar el medicamento anterior a mi hijo. Mi firma además los autoriza a comunicarse con el proveedor de atención médica de este niño con respecto a las condiciones de salud de mi hijo y todos los medicamentos / tratamientos y otra información de salud pertinente necesaria para el bienestar y las necesidades educativas de mi hijo. Estoy de acuerdo en eximir de responsabilidad al Distrito Escolar de Berlín y a sus empleados y agentes que actúan dentro del alcance de sus deberes en todas y cada una de las reclamaciones derivadas de la administración de este medicamento en la escuela. Estoy de acuerdo en notificar a la escuela por escrito cuando se realice cualquier cambio en lo anterior.	
Nombre del padre/tutor (por favor imprima)	Relación con el estudiante
Firma del padre/tutor	Fecha

El estudiante debe tener una copia de este formulario completo en todo momento cuando lleve y tome este medicamento.***