

Distrito Escolar Tigard-Tualatin 23J Registro de Administracion de Medicacion

Por favor note: Las medicaciones deben ser enviados a la escuela en su envase original con el nombre del estudiante adherido. En el caso de las medicaciones recetados, deben ser acompañados con la prescripción del médico (un etiqueta de la receta es suficiente). La medicacion solo sera adminstrada en la escuela si se requiere que se le de durante el horario escolar.

Padre/Tutor: Por favor complete la informacion en el cuadro debajo::

Nombre del Estudiante:

Escuela	Grado/Maestro	Telefono de casa y del Trabajo
Nombre de la Medicacion	Fecha en que Fue Dada la Medicacion a la Escuela	Fecha que la Medicacion debe ser Discotinuada
Dosis que se le Dara	La Hora que se le Dara	La ruta (es decir, Oralmente)

Les solicito y autorizo que la escuela dispense esta medicacion de acuerdo con las instrucciones de arriba y para la medicacion recetada, las instrucciones del medico. Entiendo que la medicacion que no sea recogido dentro de los cinco dias siquientes al final del period de la medicacion, o el final del ano escolar, sera destruida. Tambien entiendo que las medicaciones recetadas requieren una declaracion escrita del medico con el fin de cambiar la dosis. Esto incluye discontinuar la medicacion (para las recetas en curso). Por la presente reconozco que es mi responsabilidad de verificar el medicamento mencionado anteriormente y la etiqueta del recipiente antes de darlo a la escuela.

Firma del Padre/Tutor/Fecha

Recuento de la Medicacion/Fecha	Firma del Contador	Firma del Testigo

<i>iniciales</i>	<i>Firma Igualada</i>	<i>iniciales</i>	<i>Firma Igualada</i>
<i>iniciales</i>	<i>Firma Igualada</i>	<i>iniciales</i>	<i>Firma Igualada</i>
<i>iniciales</i>	<i>Firma Igualada</i>	<i>iniciales</i>	<i>Firma Igualada</i>

Registro de Administracion de Medicacion

Pagina _____ de _____

Nombre del Estudiante: _____ Medicacion/Dosis: _____

Fecha	Tiempo	Iniciales		Fecha	Tiempo	Iniciales		Fecha	Tiempo	Iniciales

Registro del Destruccion de la Medicacion

La medicacion fue eliminado por el siguiente metodo: _____

Fecha *Razon* *Firma* *Testigo*