POST OFFICE BOX 2640

Formulario de Medicación Utilice este formulario solo si Usted va a mandar medicina con su estudiante.

Paso 1: INFORMACION DEL ESTUDIANTE									
Nombre del Estudiante:	Nombre del Doctor:								
Fecha de Nacimiento:	Numero de Teléfono del Doctor:								
Nombre de Escuela:	Estampilla o Dirección del Doctor:								
Nombre de Padre/Tutor Legal:									
Relación:									
Numero de contacto:									

Paso 2: INFORMACION MEDICA:

POR FAVOR!! No envié medicaciones comunes como Tylenol, pastilla para la tos, etc. para su hijo/a si no las toma a diario. Nosotros tenemos medicamentos comunes sin receta disponible y las administraremos a su hijo/a si las piden o las nacasitan

								necesitan.					
Medicación:	Dosificación:	Horario			Razón de		Fecha	Elija Una para cada medicación:					
Toda la medicación, incluyendo medicación "Sin Receta" y vitaminas, tienen que estar en la caja/paquete/botella original y NO PUEDEN SER EXPIRADAS	¿Cuánto deberíamos administrar? (Para mediciones sin receta seguimos la etiqueta dosificación a menos que un doctor indique otro) High Trails va a supervisar pero no podemos administrar inyecciones.	Mañana : 6:30am	2	Almierzo: 10m	Original Property	Noche: 9pm	Según sea necesario	contexto o	Por nos r de n o	de expiraci ón	Sin Receta OTC: Medicación que uno pueda comprar sin receta médica. Tiene que ser apropiada para la edad del paciente y todas las etiquetas tienen que estar en Ingles.	0	RX Receta Médica Etiquetas tienen que decir: Paciente, Medico, medicación, dosificación, frecuencia y Fecha de expiración. Su Doctor tiene que firmar en la línea abajo, o no podemos administrar la mediación!
EX: Amoxicillin	1 pastilla 3 veces al día.		X	X)	<		Puede Caus Somnolenci		12/18/2 2		0	Firma del Doctor
EX: Vitamina C	1 pastilla una vez al día.		X					Ninguna		3/19/22		0	
1.												0	
2.												0	
3.												0	
4.												0	
5.												0	

La caja de la firma del doctor se puede dejar en blanco sin firma si se adjunta a este formulario un permiso firmado por su doctor para su RX receta médica. El permiso tiene que tener el mismo información de la etiqueta de la medición y dice: 1) Nombre de Paciente, 2) Nombre del Doctor y su contacto, 3) Medicación, 4) Dosificación, 5) Frecuencia, y 6) Firma del Doctor

STEP 3: PADRE/TUTOR LEGAL POR FAVOR LEA Y FIRME ABAJO

Yo, la persona que firma, quien es padre o tutor del estudiante nombrado en este formulario, solicito que se administre la medicación sin receta o con recta a mi hijo/a de acuerdo a las instrucciones indicadas en este formulario. Yo reconozco que si no sigo los pasos indicados en este formulario de manera correcta seré contactado y la medicación será retenida hasta que sea completada de manera correcta. Si yo no corrijo este formulario de manera breve, entenderé que es posible que me solicitaren recoger a mi hijo/a de este programa. Yo entiendo que High Trails, Incorporated no es legalmente obligado a administrar medicación a mi hijo, y por ende, estoy de acuerdo a mantener a High Trails, sus trabajadores, el distrito escolar y sus trabajadores bajo ninguna responsabilidad de los resultados de la medicación o modo de administración y e indemnizar cada uno de ellos contra la perdida por razón de cualquier juzgado civil que surja por esos arreglos los cuales pueden darse en contra de ellos. Yo notificaré a la escuela inmediatamente si cualquier información medica o de contacto fuese a cambiar.

FIRMA DE PADRE/TUTOR:

FECHA:

NOTE: Original, Fax (800 428-1851), Copia Escaneada & Email (hello@dirtyclassroom.com), y Firma electrónica son validas y aceptables. PREGUNTAS? Porfavor llenar un " Special Concerns Form" disponible en www.dirtyclassroom.com/specialconcernsform.html

Por favor ponga la Medicación y el formulario en una bolsa Ziplock transparente y entréguela a sus maestros.