

CICERO SCHOOL DISTRICT 99

5110 WEST 24th STREET
Tel. (708) 863-4856

CICERO, ILLINOIS 60804
Fax (708) 863-1065

AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

Cada año escolar se necesita llenar una nueva forma,
también cuando existen cambios en la dosis o frecuencia del uso de estos medicamentos

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Salón _____

He leído la política (reglamento) sobre el uso de Medicamentos en la Escuela y doy permiso para que durante las horas escolares, se le dé a mi hijo(a) se le de la medicina que ha recetado mi doctor. Estoy enterado que tengo que dar aviso inmediato en caso de que hubiera cualquier cambio en los medicamentos, las dosis, o la frecuencia en que se tenga que dar, así como que tengo que suministrar las medicinas a medida que se vayan terminando.

Firma del Padre o Tutor

Fecha

Mi hijo(a) PUEDE/NO PUEDE ADMINISTRARSE la medicina EPI-PEN o la medicina para el ASMA por sí solo.

Firma del Padre o Tutor

Fecha

-----TO BE COMPLETED BY THE PHYSICIAN-----

Dear Doctor,

Please provide the information below along with any special precautions or indications for this child to receive a medication during school hours.

Medication name, dosage and frequency: _____

Purpose of the medication: _____

Potential side effects: _____

Other prescription or OTC medications used by this student: _____

Will this medication need to be taken with the student on any field trips: _____

Student allergies: _____

Please provide any additional information regarding emergency care, specific safety information, signs and symptoms of potential adverse reactions: _____

Physician's Signature/Printed Name

Telephone Number

Date