

**La Petición Del Médico y Padres Para Administrar Medicación En Escuela**

**(Hoja De Administrar Medicación – MAR)**

**\*\*Solamente Una Medicación por Cada Hoja\*\***

Nombre de la Escuela \_\_\_\_\_

Nombre del Alumno \_\_\_\_\_ Grado/Aula \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Nombre y Dosis de Medicación \_\_\_\_\_

Hora/Horas Del Día Cuando La Medicación Será Administrado \_\_\_\_\_

Fecha De Empezar La Administración \_\_\_\_\_

Fecha De Terminar La Administración \_\_\_\_\_

Reacción Adverso/Severo A Que El Medico Debe Ser Notificado \_\_\_\_\_

Instrucciones Específicas De La Administración \_\_\_\_\_

Puede ser administrado esta medicación por personajes quienes no son médicos?      Sí      No

Es imposible hacer los arreglos para que esta medicación sea administrado en casa y entonces tiene que administrarlo en escuela.      Sí      No

Este estudiante esta bajo mi cuidado. No es posible hacer los arreglos para que esta medicación sea administrada en casa por un padre y entonces tiene que administrarlo en escuela.

Nombre del Medico (impreso) \_\_\_\_\_

Firma del Medico \_\_\_\_\_

Mi firma abajo es mi garantía de que suelte \_\_\_\_\_ escuela, PSI, y cualquier y todos de los directores o empleados de la escuela o PSI, de cualquier responsabilidad o perjuicios resultantes de las consecuencias o reacciones adversos de nuestro hijo/a tomar o no tomar esta medicación a las horas del día cuando la medicación sea administrado. También estoy de acuerdo en mantener una comunicación escrito con la escuela si hay cualquier cambio a la administración de la medicación. He tenido la oportunidad de hacer preguntas. Las preguntas han sido completamente contestadas a mi satisfacción.

Nombre de Padre/Madre (impreso) \_\_\_\_\_

Firma de Padre/Madre \_\_\_\_\_