

**AUTORIZACION PARA MEDICAMENTOS O TRATAMIENTOS RECETADOS**

**Padre/Guardian:** Un doctor debe proveer una orden por escrito con el nombre del estudiante, la cantidad de medicamento para ser administrado, identificación del medicamento, direcciones para el administramiento adecuado del medicamento, y la firma del doctor. ESTA INFORMACION ES NECESARIA PARA QUE EL ESTUDIANTE RECIBA EL MEDICAMENTO/TRATAMIENTO RECETADO EN LA ESCUELA.  
**POR FAVOR COMPLETE ESTA FORMA EN SU TOTALIDAD.**

Nombre del estudiante	Dirección	
Escuela	Grado	Fecha de Nacimiento

A. Por este medio pido que una persona autorizada por el Condado de Washington, administre la siguiente prescripción de medicamento y/o tratamiento. (Se requiere que toda prescripción esté en el empaque original. El empaque puede tener una estampilla con la prescripción o la enfermera puede utilizar la información en esta hoja.) **Entiendo que una prescripción para Extracto Bajo de Hep THC no será administrada a mi hijo(a) a menos que todos los requisitos de "MSDWT Administrative Guideline 5300" – acerca del Uso de Medicación sean cumplidos.**

Medicamento Prescrito: \_\_\_\_\_

Dosis/Frecuencia/Número de Prescripción: \_\_\_\_\_

Instrucciones Para la Administración/Efectos Secundarios: \_\_\_\_\_

Fecha de Comienzo de Administración: \_\_\_\_\_ Ultimo día: \_\_\_\_\_

**\*\*La enfermera escolar completará esta sección cuando reciba la prescripción del medicamento.\*\***

Nombre de la Farmacia: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono de la Farmacia: \_\_\_\_\_

Medicamento Verificado, Dosis, y Frecuencia: \_\_\_\_\_

Nombre del Doctor: \_\_\_\_\_

B. Para todos los estudiantes del K-8 grados y pre-escolar, asumo responsabilidad por la entrega segura de este medicamento, a la enfermería de la escuela, al principio del año escolar, y al final del año escolar. **Pre-escolar y estudiantes de los grados K-8 NO pueden transportar medicamento a la escuela.** Medicamentos que permanezcan en la escuela, luego del final del año escolar, serán destruidas.

C. **Estudiantes de North Central podrán transporter medicamentos a la escuela si esta forma (5330 F/B) esta completa y firmada (por padre/guardian) en su expediente.** Medicamentos que se queden en la escuela luego del fin del año escolar, serán destruidos.

D. Le notificaré a la escuela, por escrito, si hay algun cambio en el uso del medicamento(s)/tratamiento:

<b>X</b> _____	_____
Firma del Padre/Guardian	Fecha
_____	(H) _____ (W) _____
Nombre del Padre/Guardian	Números de Teléfono

**ESTE PERMISO ES VALIDO SOLO POR EL ANO ESCOLAR PRESENTE Y SOLO PARA EL ESTUDIANTE NOMBRADO EN EL FORMULARIO. LOS ESTUDIANTES NO PUEDEN COMPARTIR SUS MEDICAMENTOS CON OTROS ESTUDIANTES. VIOLACIONES A ESTE ACUERDO RESULTARAN EN ACCION DISCIPLINARIA.**