[SCHOOL DISTRICT]
Solicitud para Administrar Medicantos a los estudiantes del K-8th grados DURANTE EL DÍA ESCOLAR
2026-2027

_____ Fecha de nacimiento del estudiante: _____/_____/_____
Nombre del estudiante (use letra de imprenta) Mes Día Año

Si es necesario que un estudiante tome medicamentos o reciba tratamiento durante el día en la escuela, el padre o tutor legal debe completar esta solicitud y presentarlo en la oficina de la enfermería de la escuela. Si el medicamento o tratamiento es recetado por el médico, el padre o tutor legal debe presentar una receta escrita por parte del médico del jovencito (a), o el membrete de la farmacia en vigencia con la solicitud. Es también necesario una orden del médico para muestras de una receta que podía haber sido entregado al estudiante, o para cualquier medicamento sin receta que no es aprobado para jovencitos menores de los doce años de edad.

Todos los medicamentos sin receta deben permanecer en el contenedor original con el nombre y la fecha de nacimiento del estudiante. Se seguirá las instrucciones del membrete para todas las medicinas sin receta a no ser que haya sido prescrita por un médico.

Autorización del Padre/la Madre o el Tutor Legal

Solicito que el medicamento descrito a continuación sea administrado a mi hijo(a)/hijo(a) de crianza a las horas especificadas durante el día en la escuela. Yo entregaré a la enfermera el medicamento en su contenedor original o botella de prescripción vigente.

Comprendo que un padre o tutor legal llevará a la escuela, o de la escuela a la casa. Los medicamentos se deben recoger para el último día de clase, o los mismos serán desechados.

Comprendo que si mi hijo tiene más de siete (7) medicamentos yo debo completar un formulario adicional para estos medicamentos. Esta solicitud se mantiene vigente para un año escolar y debe ser renovada anualmente o cuando haya un cambio en el medicamento.

Comprendo que este medicamento(s) se administrará a mi hijo(a) sólo por miembros autorizados del personal y se mantendrá en un lugar seguro dentro de la clínica escolar.

Para medicamentos que requieren refrigeración, reconozco que mientras el medicamento de mi estudiante está almacenado en la clínica de la escuela, ni la corporación escolar ni Community Health Network asumen responsabilidad por la variación de la temperatura que pueda resultar en la pérdida de la viabilidad del producto. El padre/tutor legal es el responsable del reemplazo del producto. Las temperaturas de refrigeración se monitorean a diario en los días escolares

Favor complete el cuadro de la próxima página para todos los medicamentos que autoriza a la enfermera que lo administre durante el año escolar y durante la escuela de verano, cuando corresponda.

[SCHOOL DISTRICT]
Solicitud para Administrar Medicantos a los estudiantes del K-8th grados DURANTE EL DÍA ESCOLAR
2026-2027

_____ Fecha de Nacimiento del estudiante: _____/_____/_____
[Name] Nombre del estudiante (Use letra imprenta) [DOB] Mes Día Año

Nombre del medicamento Medication Name	Con receta o sin recta Prescription or Over the Counter	Días que se debe administrar el medicamento Days Medication is to be Given	Hora(s) de administrar el medicamento Time(s) to Administer Medication	Cantidad de medicamento para administrarse Amount of Medication to be Given	Razón para el medicamento(s) e instrucciones especiales Reason for Medication(s) and Special instructions	Start Date End Date
	☐ receta (Rx) ☐ sin receta (OTC)		_____ AM _____ PM			
	☐ receta ☐ sin receta		_____ AM _____ PM			
	☐ receta ☐ sin receta		_____ AM _____ PM			
	☐ receta ☐ sin receta		_____ AM _____ PM			
	☐ receta ☐ sin receta		_____ AM _____ PM			
	☐ receta ☐ sin receta		_____ AM _____ PM			
	☐ receta ☐ sin receta		_____ AM _____ PM			

[SCHOOL DISTRICT]
Solicitud para Administrar Medicantos a los estudiantes del K-8th grados DURANTE EL DÍA ESCOLAR
2026-2027

Firma del Padre/Madre o Tutor Legal

Fecha

Nombre en letra de imprenta

_____/_____
Núm. teléfono primario / Núm. teléfono secundario