

CLINTON COMMUNITY SCHOOL DISTRICT
Formulario de administración de medicamentos

Información de Estudiante:

Nombre: _____

Edad: _____ DOB: _____

Escuela Primaria

Escuela Intermedia

Escuela Secundaria

Grado: _____

El Médico: _____

Clínica/Hospital: _____

Número de teléfono: _____ Fax: _____

Medicamentos Sin Receta:

Nombre de Medicamento: _____

Dosis/Cantidad: _____ Hora para Administrar: _____

Firma de Padre/Tutor: _____

Fecha: _____ Número de Teléfono: _____

Medicamentos Con Receta: *Para ser completado y firmado por el médico y el padre.

1. Nombre de medicamento: _____

2. La dosis: _____

3. La hora que se administra el medicamento en la escuela: _____

4. Posibles efectos secundarios: _____

5. La fecha para terminar el medicamento: _____

6. Inhaladores: _____ Puede llevar en persona. El estudiante ha sido instruido en el uso apropiado de este medicamento y es suficientemente responsable para auto-administrarse.

_____ **NO** puede llevar en persona

Firma del Médico: _____ Fecha: _____

Firma del Padre: _____ Fecha: _____