



Medication Administration Form

- Escuela Primaria Fax: 608-676-5717 Escuela Intermedia Fax: 608-676-5176
 Escuela Secundaria Fax: 608-676-2904

Información de Estudiante:

Nombre: _____
Edad: _____ Grado: _____
El Medico: _____
Clinica/Hospital: _____
Número de teléfono: _____ Fax: _____

Medicamentos Sin Receta:

Medication Name: _____
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

Nombre de medicamento: _____
La dosis: _____
La hora que se administre el medicamento en la escuela: _____
Posibles efectos secundarios: _____

La fecha para terminar el medicamento: _____

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 Medico: _____ Fecha: _____

Firma del Padre: _____ Fecha: _____