



AUTORIZACIÓN PARA EL SUMINISTRO DEL MEDICAMENTO NO PRESCRITO DURANTE EL HORARIO ESCOLAR

Leona Doubek
(262) 642-6730
Fax #: (262) 642-6723

Prairie View
(262) 642-6720
Fax #: (262) 642-6788

Middle School
(262) 642-6740
Fax #: (262) 642-6743

High School
(262) 642-6760
Fax #: (262) 642-6776

**INFORMACION IMPORTANTE
CONSENTIMIENTO FAMILIAR**

Droga no prescrita puede ser suministrada por un grupo de personas de la escuela seleccionada solamente cuando los familiares hayan enviado por escrito el contenido y las instrucciones para la utilización de la droga a la oficina principal y/o a la enfermera de la escuela. Si es posible este medicamento debería ser suministrado en el hogar.
El medicamento **debe** ser suministrado en el paquete o caja **original**. No se aceptarán dosis individuales en envoltorio plástico de cualquier medicina fuera de la caja original donde está indicado su dosis apropiada y los ingredientes activos. Por razones de seguridad y riesgo, el medicamento recibido en otros paquete que no sea el **original no será aceptado por el personal de administración de la escuela.**

Nombre del estudiante: _____ Fecha de _____ Grado _____

Familiar/Representante: _____ Teléfono: (____) _____

NOTA: *La ley 334 del estado de Wisconsin de 1983 dice que no se puede obligar a ningún empleado (maestro) de la escuela, excepto a los profesionales de salud, a suministrar medicina al estudiante por medios que no sean ingestión o suministro oral.*

Medicamento: _____ Dosis: _____

Forma: Tableta Cápsula Líquido Ungüento Gotas en nariz/ojos/oídos Inhalación

Hora del suministro: _____

Si el medicamento se da "cuando sea necesario", favor describir la indicación para cuando debe ser dada:

¿Cuántas veces se debe repetir? _____

Razones para este medicamento: _____

Fecha de inicio: _____ Fecha de terminación: _____

Yo doy permiso a mi hijo(a) (grado 6-12) para que tome él (ella) mismo(a) este medicamento Sí NO

Si el personal administrativo es designado, yo por la presente quito de cualquier responsabilidad al Directorio de Educación, sus agentes y empleados que pueda resultar al tomar este medicamento.

Firma de familiar/Representante: _____ Fecha: _____