

**SEVIER COUNTY SCHOOL SYSTEM  
AUTORIZACION PARA DAR MEDICAMENTO**

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_

ESCUELA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ANO ESCOLAR

Si la medicación se pueden dar en la casa, antes o después del horario escolar, no dude en hacerlo. Si el medicamento se debe dar durante las horas de escuela, este formulario debe ser completado y presentado a la Enfermera de la escuela. Se debe llenar un formulario por separado para cada medicamento.

Yo autorizo a las escuelas del condado para ayudar a mi hijo a tomar este medicamento. Entiendo que:

- Los medicamentos deben estar en el envase original con etiqueta. Los farmacéuticos pueden proporcionar dos botellas etiquetadas con este fin. Medicamentos enviados en un contenedor sin etiquetar no se podrá dar al estudiante. Si su hijo toma medicación diaria, por favor, enviar una botella extra que se utiliza para paseos de escuela y los programas después de la escuela.
- Permiso por escrito del padre/tutor es necesario para la administración de todos los medicamentos.
- El padre/guardián debe informar a la escuela de cualquier cambios de medicación. Nuevos medicamentos o nuevas dosis no se concede a menos que una nueva forma es completada.
- Los medicamentos deben ser llevados a la oficina/clínica por el padre/guardián.
- Medicamento que no se use sera botado a menos que recogió en un periodo de una semana después que el medicamento es discontinuado. Si el medicamento se administra durante todo el año escolar, el medicamento se eliminará de acuerdo con el medicamento Artículo Sección IX.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE \_\_\_\_\_ GRADO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: \_\_\_\_\_

DOSIS: \_\_\_\_\_ COMO SE DA: \_\_\_\_\_ CUANTAS VECES: \_\_\_\_\_

FECHAS QUE SE DA: \_\_\_\_\_

CONDICION/ENFERMEDAD RAZON DE MEDICAMENTO: \_\_\_\_\_

POSIBLE EFECTOS SECUNDARIOS: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL DOCTOR O CENTRO MEDICO: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ TELEFONO#: \_\_\_\_\_

Por la presente y descargo y además acepta indemnizar, eximir o reembolsar A Sevier County Board of Education, el Condado de Sevier Distrito, sus empleados, agentes, representantes y todos los demás funcionarios, de todas y cada una de las reclamaciones, acciones, demandas, pérdidas, costos, gastos y obligaciones en caso de accidente o cualquier otro contratiempo debido a la negligencia en la administración, medicamentos o debido a los efectos secundarios, enfermedades o cualquier otro tipo de lesiones que puedan ocurrir a mi hijo/a administrar dicho medicamento. Y me queda comunicado consejo administración, distraer, empleados y agentes de cualquier responsabilidad, demanda o reclamación de cualquier naturaleza y especie, que puedan surgir como consecuencia de administrar el medicamento de acuerdo con esta solicitud.

Firma de padre/guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Telefono de casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_