

Autorización para Medicamentos /Tratamiento



Revisado 5-09

La siguiente sección debe ser completada y firmada por el PADRE:

Debe completarse una nueva autorización al iniciar cada año escolar o en cualquier momento que se cambia una dosis. Todos los medicamentos y/o equipo o materiales para el tratamiento deben ser provistos por los padres.

Nombre del Niño/a				
Apellido	Nombre	Sexo	Grado	Fecha de Nac.
Nombre del Médico		Dirección		Teléfono de Emergencia

Por este medio autorizo al médico anotado arriba y a las Escuelas del Condado de Polk/Departamento de Salud del Condado de Polk a divulgar recíprocamente información de salud en forma verbal, escrita, por fax o electrónica con relación al/a la niño/a mencionado arriba con el propósito de darle el medicamento o tratamiento necesario mientras está en la escuela. Entiendo que el Distrito Escolar del Condado de Polk protege y asegura la privacidad de la información de salud del estudiante según lo requiere la ley federal y estatal y en todas las formas de registro, incluyendo, pero no limitado a, aquellos que son orales, escritos, por fax o electrónicos.

Pido que personas autorizadas de la escuela ayuden a mi hijo/a al tomar las medicinas o el tratamiento descrito en la parte de abajo según sea permitido por mí y el medico. (vea abajo)

Fecha	Firma del Padre/Tutor	Teléfono del Hogar	Teléfono de Emergencia
-------	-----------------------	--------------------	------------------------

The following section is to be completed by the PHYSICIAN: (Para ser completado por el MÉDICO)
(ONLY ONE medication or treatment per form)

Diagnosis for which medication is given:
Name of medication or treatment:
Form:
Dose:
If medication or treatment is to be given at school, at what time?
If medication or treatment is to be given "When needed", describe indications:
How soon can it be repeated?
List significant side effects:
Length of time medication / treatment is recommended:

Other information:

_____ Date _____ Physician's/Mid-level Practitioner's Signature

Adapted from the American College of Allergists

Place Office Stamp Here
