

Autorización para Medicamentos/Tratamiento



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 _____
<p>Por este medio autorizo al médico anotado arriba y a las Escuelas del Condado de Polk/Departamento de Salud de la Florida en el 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.</p> <p>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)</p>				
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 or treatment is given: _____
Name of medication or treatment: _____
Form: _____
Dose: _____
Route: _____
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

