

DISTRITO ESCOLAR UNIDO #1 DE WEST BEND

TARJETA DE MEDICACIONES

*Para que lo complete el Padre y el Doctor (**NO** se necesita la firma del médico para las medicaciones "sin receta"; si la dosis de la medicación "sin receta" es distinta a las instrucciones en el envase, sí se necesita la firma del médico.)*

Nombre _____ Escuel _____ Grad _____
a _____ o _____
Dirección _____
Parent Name _____ Casa _____ Tel. del Trabajo _____
Tel. _____
Nombre de la Medicac. _____ Dosis _____ Hora de la Administración _____
Propósito de la Medicac. _____
Fecha para empezar la medicación (y termina) _____
Posibles efectos secundarios _____
Cualquier instrucción especial (como refrigeración, tomar con el estómago vacío etc.) _____

Padre Firma _____ Fech a _____

Para Medicaciones Recetadas a Largo Plazo:

Estoy de acuerdo en estar disponible para comunicación directa de la persona (s) que administre la medicación..

Doctor

Nombre de hospital/clínica _____ Firma del Médico _____
Dirección _____
Tel. _____ Fa _____ Fecha _____
x _____

Condiciones específicas o reacciones para las que se me debe contactar son estas: _____

Le he dado información _____ de manera apropiada para usar su Inhalador/Epi-Pen. Es mi opinión profesional que él/ella pueda llevar y usar el Inhalador/Epi-Pen por sí mismo/a.

Todas las medicaciones se deben mandar a la escuela en el envase original.

Las medicaciones recetadas deben estar en un envase de la farmacia con una etiqueta incluyendo el nombre el nombre del estudiante, direcciones, etc.

