

## Asistencia con Medicamentos/Procedimiento de las Escuelas de la Ciudad de Marietta

### Información del Estudiantes

Primer Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Apellido del Estudiante: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Escuela \_\_\_\_\_ Maestro \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  
 Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Teléfono del Padre: \_\_\_\_\_

### Información Médica\*

**\*Esta sección debe ser completada por un proveedor médico autorizado**

Name of Medication/Procedure \_\_\_\_\_

Dose: \_\_\_\_\_ Scheduled:  PRN:

Time : \_\_\_\_\_ Route (oral, injection,  
etc.) \_\_\_\_\_

Possible side effects/comments \_\_\_\_\_

Goal: \_\_\_\_\_

Vision and Hearing Screening to be included in plan of care

This request is valid from (dates): \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

Provider's Name (print): \_\_\_\_\_

Provider's Signature: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Provider's Phone: \_\_\_\_\_

Provider's Address: \_\_\_\_\_

Provider's NPI Number: \_\_\_\_\_

\*\*\* Los medicamentos recetados deben estar en el envase original de la farmacia. Sólo se seguirán las instrucciones de dosificación y tiempos de administración escritas en el envase o recibidas del médico/proveedor. Todos los medicamentos recetados requieren la firma del médico/proveedor. Todos los medicamentos de venta libre administrados durante más de 10 días consecutivos requerirán la firma del médico/proveedor. Los padres son responsables de recoger personalmente en la escuela cualquier porción no utilizada de la medicación dentro de una semana después de la expiración de la medicación y/o la orden del médico. Los medicamentos que no sean recogidos personalmente por el padre/tutor serán destruidos.

### Autorización de los Padres\*

**\* Esta parte debe ser completada por el padre/tutor que autoriza**

Autorizo al personal del Distrito Escolar de la Ciudad de Marietta a ayudar a mi hijo a tomar la medicación. Por la presente libero y renuncio, y además estoy de acuerdo en indemnizar, eximir de responsabilidad o reembolsar a las Escuelas de la Ciudad de Marietta, a los miembros individuales, agentes, empleados y representantes de las mismas, de y contra, cualquier reclamo que yo, cualquier otro padre o tutor, cualquier hermano, el estudiante, o cualquier otra persona, firma o corporación pueda tener o reclamar, conocido o desconocido, directa o indirectamente, por cualquier pérdida, daños o lesiones que surjan de, durante o en conexión con la administración de este medicamento/procedimiento.

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Mi hijo recibe Medicaid/PeachCare for Kids. Entiendo que el sistema escolar puede solicitar a Medicaid un reembolso parcial por la administración de este medicamento/procedimiento y por la presente autorizo al sistema escolar a facturar por los servicios mencionados. Si decido que ya no quiero que la escuela facture a Medicaid, entiendo que debo notificar a la escuela por escrito.

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_