

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: __ Nombre del
 Medicamento/Procedimiento _____
 Dosis: _____ Programado: PRN:
 Hora: _____ Vía (oral, inyección, etc.) _____
 Esta solicitud es válida a partir de (fechas): _____ a _____

Información Médica*

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

Possible side effects/comments: _____

Goal: _____

Vision and Hearing Screening to be included in plan of care

Provider's Name (print): _____

Provider's Signature: _____ Date _____

Provider's Phone: _____

Provider's Address: _____

Provider's NPI Number: _____

****Prescription medication must be in the original container from the pharmacy. Only the instructions for dosage and times for administration written on the container or received from the physician/provider will be followed. All prescription medications require physician/provider signature. All OTC medications given for more than 10 consecutive days will require physician/provider signature. Parents are responsible for personally collecting from school any unused portion of medication within one week after expiration of the medication and/or physician's order. Medication that is not personally collected by the parent/guardian will be destroyed.*

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 _____