

MARIETTA CITY SCHOOLS

Ayuda con Medicinas

Escuela _____ Maestra(o) _____ Grado _____

Nombre de Estudiante _____ Fecha de nacimiento _____

Instrucciones Especiales: _____

Nombre de la Medicina _____ Dosis _____

Hora de Tomarse _____ AM _____ PM Según se necesita _____ cada _____ horas

Como se debe administrat la medicina? ___ por boca ___ gotas para los ojos ___ topico (local) otra _____

Posibles efectos secundarios: _____

Ésta petición es válida desde (fechas) _____ hasta _____

Nota. Las medicinas deben estar en el envase original enviado o hector por la farmacia. Solamente se seguirán las instrucciones y las horas escritas en el envase o escritas en una nota por el doctor. Los padres serán responsables de recoger en la escuela personalmente la medicina que no se halla usado después de una semana de expiración o se traen una nota escrita por el doctor dando la orden de recoger la medicina. Las medicinas que no sean recogidas personalmente por los padres o el grardian serán desechadas.

Yo autorizo a los empleados de _____ para ayudar a mi hijo(a) a tomar su medicación. Yo por el presente libero de cualquier responsabilidad y más aun estoy de acuerdo en recompensar, mantener libre de cupla o reembolsar, a los miembros individuales, agents, empleados a sus respresentates, de cualquier demanda que yo, o cualquier padre, o cualquier guardian, cualquier pariente, el estudiante, o cualquier otra persona, firmo o corporación que tenga o reclame tener, conoce o desconoce, directa o indirectamente, por cualquier perdida, daños o cualquier lesion o daño que surja, durante o en conección con la administration de esta medicación.

Firma del pariente o guardian

Fecha