**SISTEMA ESCOLAR DEL CONDADO DE HALL** Maestro(a) / Grado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Gainesville, Georgia Año escolar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FORMULARIO DE PERMISO DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS**

**(Este formulario debe completarse antes de que un estudiante pueda tomar en la escuela un medicamento recetado por un padre, autorrecetado** o **recetado por un médico).**

Estimados padres o tutores legales:

La escuela ha recibido una solicitud suya de que \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ está tomando medicamentos y deberá tomarlos durante el horario escolar. Le solicitamos que complete este formulario para su hijo(a) y nos mantenga actualizados sobre la dosis del medicamento y/o los cambios en el tratamiento.

También le pedimos que nos ayude debido a la gran cantidad de medicamentos que toman los estudiantes durante el horario escolar. Solicitamos que, si el medicamento se puede tomar en casa en lugar de durante el horario escolar, el padre/madre/tutor legal se anime a hacerlo.

Los medicamentos solo se administrarán si **se entregan a la escuela en el frasco original**, marcado con el nombre del estudiante, la dosis, la hora de administración, el nombre del proveedor de salud, el nombre de la farmacia y la fecha de compra. Los padres deben entregar los medicamentos a la escuela. Por razones de seguridad, no envíe medicamentos en la mochila de libros de los estudiantes. Por favor, lea el reverso de este formulario.

Apreciamos mucho su ayuda con este tema. Gracias.

**Nombre del estudiante**: Fecha de nacimiento: Grado:\_\_\_\_\_ Escuela:

Enfermedad que requiere el medicamento:

Nombre del medicamento que se le dará a este estudiante:

Dosis a administrar: Hora a la que se debe administrar/instrucciones:

Vía por la que se administrará: ¿Cuántos días se administrará la medicina?

Proveedor de salud que dio la receta (médico, dentista, etc.) Nombre:

Dirección: Núm. de teléfono del proveedor de salud:

Indique los posibles efectos secundarios (significativos) de este medicamento:

Alergias del estudiante:

Otra información/Comentarios:

**DECLARACIÓN DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL**

Por la presente, libero y descargo a la Junta de Educación del Condado de Hall, a la Junta de Salud del Condado de Hall y a sus empleados y funcionarios, de toda responsabilidad en caso de accidente o cualquier otro contratiempo en la supervisión/asistencia con el medicamento debido a cualquier efecto secundario, enfermedad u otra lesión que pueda ocurrirle a mi hijo(a) a través de la supervisión/asistencia con el medicamento, y por la presente libero a dichos funcionarios de cualquier responsabilidad debido a cualquier lesión o daño que pueda ocurrir.

Por la presente se otorga permiso al director o a su designado para supervisar/ayudar a mi hijo(a) a tomar el medicamento indicado. Entiendo que se realizará un esfuerzo concertado y razonable para administrar el medicamento mencionado anteriormente. (Consulte el reverso para ver las pautas para la administración de todos los medicamentos).

Doy permiso al personal mencionado anteriormente para contactar al proveedor de salud de mi hijo(a), si es necesario, para obtener información médica sobre el diagnóstico, los medicamentos y otros tratamientos necesarios para mi hijo(a). Para los medicamentos de emergencia que salvan vidas, doy permiso para que el personal de la escuela, a medida que se necesite, se capacite en la administración de este medicamento para mi hijo(a).

#####  Firma del padre/madre/tutor legal Fecha

Núm. de teléfono del trabajo: Núm. de teléfono de casa:

Núm. de celular:

Revisado: 9/15