



**AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO
PARA LA
ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO**

(Llenado por el médico)

FECHA: _____

Este niño/a _____ esta bajo mi cuidado médico para _____
y se requiere tener los siguientes tratamientos administrado durante el horario escolar.

Tratamiento _____

Equipo _____

Frecuencia de tratamiento _____

Efectos secundarios/ Precaución _____

Firma del Médico _____

Nombre del Médico imprimido _____

Dirección _____

de Teléfono de emergencia _____

DEBE SER LLENADO POR EL PADRE O GUARDIÁN LEGAL:

Doy permiso para que mi hijo/a reciba el medicamento o tratamiento(s) dirigida por el médico.

Solicito que el personal autorizado de la escuela de el medicamento mencionada arriba y/o de el tratamiento ordenador por el médico como se ha mencionada anteriormente, de acuerdo con las instrucciones dadas. Yo autorizo a un representante de la escuela a intercambiar información sobre este medicamento y/o tratamiento con el anteriormente mencionada proveedor de servicios de salud, según sea necesario. Yo renuncio cualquier reclamación contra SASED, sus empleados y agentes, derivados de la administración o intento de administrar de dicho medicamento. Voy a proporcionar todos los suministros necesarios para realizar el tratamiento. Notificaré a la escuela por escrito si el tratamiento es suspendido.

Fecha: _____

Firma del padre _____

Domicilio _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono (casa) _____ (trabajo) _____ (fax) _____