

AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO

(Completado por el médico)

FECHA: _____

Este niño/a _____ está bajo mi cuidado médico para _____
y se le debe administrar el siguiente tratamiento durante el horario escolar.

Orden de tratamiento _____

Equipo _____

Frecuencia del tratamiento _____

Efectos secundarios/precaución _____

Firma del médico _____

Nombre del médico en letra de imprenta _____

Dirección _____

Teléfono de emergencia # _____

PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE/MADRE O TUTOR LEGAL:

Doy permiso para que mi hijo/a reciba el o los medicamentos/tratamientos mencionados anteriormente según las indicaciones del médico.

Solicito que el personal escolar autorizado administre el medicamento y/o el tratamiento que se indica anteriormente ordenado por los médicos que se indican anteriormente, de acuerdo con las instrucciones dadas. Autorizo a un representante de la escuela a intercambiar información sobre este medicamento y/o tratamiento con el proveedor de atención médica que se menciona anteriormente, según sea necesario. Renuncio a todo reclamo contra SASSED, sus empleados y agentes, que surja de la administración o intentos de administración de dicho medicamento/tratamiento. Proporcionaré todos los suministros necesarios para el tratamiento. Notificaré a la escuela por escrito si se discontinúa el tratamiento.

Fecha: _____

Firma del padre/madre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono (casa) _____ (trabajo) _____ (celular) _____