

SAINT PETER'S ACADEMY

4250 38th Avenue, Vero Beach, FL 32967 | (772) 562-1963

Autorización de medicamentos

Complete una página por cada medicamento que se necesite en la escuela. Un proveedor de salud debe completar las instrucciones.

Nombre del estudiante

Fecha de nacimiento

Año escolar

Condición / motivo del medicamento

Instrucciones del proveedor de salud

Nombre del medicamento

Potencia / concentración

Dosis

Vía de administración

Hora / frecuencia

Fecha de inicio

Fecha de finalización

Si se administra según necesidad: síntomas / condiciones para administrarlo

Intervalo entre dosis repetidas / máximo, si corresponde

Efectos secundarios / precauciones / almacenamiento especial

Instrucciones adicionales / indicaciones para llevar el medicamento consigo, si corresponde

Nombre en letra de molde del proveedor de salud

Teléfono del proveedor de salud

Firma del proveedor de salud

Permiso del padre, madre o tutor

Solicito que se administre el medicamento según las instrucciones del proveedor y los procedimientos escolares. Coordinaré la entrega con la oficina y proporcionaré actualizaciones. Que el padre o tutor complete el formulario no autoriza por sí solo la administración ni que el estudiante lleve el medicamento consigo.

Reconocimiento y firma

Nombre en letra de molde del padre, madre o tutor

Fecha

Firma del padre, madre o tutor
