



Autorización para Administrar
Medicamentos Libres (sin receta) O
Medicamentos de Corto Plazo (2 semanas o menos) con Receta

Alumno _____ Fecha de nacimiento _____
 Escuela _____ Grado _____ Año _____
 Padres/tutores 1: _____ Padres/tutores 2: _____
 Teléfono (_____) _____ Teléfono (_____) _____
 Trabajo (_____) _____ Trabajo (_____) _____

Esta autorización vencerá al final del ciclo escolar o después de la escuela de verano.

Consentimiento Paterno:

Doy mi autorización para que mi hijo/hija reciba medicamentos recetados durante las horas escolares.

Yo me haré responsable por lo siguiente:

1. Entregar a la oficina escolar el medicamento en frasco de la farmacia
2. Mantener suficientes provisiones del medicamento
3. Informar al personal escolar de cualquier cambio en el medicamento (dosis, hora)
4. Obtener una nueva forma del médico si hay cambio en la receta

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____

- **NOTE: An Authorization to Administer Prescribed Medication form is required if:**
 - *the medication contains a narcotic (usually prescribed for pain) OR*
 - *the medication dosage exceeds the manufacturer's recommendation OR*
 - *a short-term prescription medication is needed for more than 2 weeks*

Reason: (Razón)		
Name of Medication: (nombre de medicamento)		
Dosage of Medication: (Dosis)	_____ mg / cc / tsp _____ drops / puffs	Form: <input type="checkbox"/> Tablet / Capsule <input type="checkbox"/> Liquid <input type="checkbox"/> Ointment / Cream <input type="checkbox"/> Inhaled <input type="checkbox"/> Eye / Ear / Nose Drops
Route: (Vía:)	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Eyes <input type="checkbox"/> Ear <input type="checkbox"/> Nose <input type="checkbox"/> Topical	
Time to be given: (hora)	<input type="checkbox"/> As needed - Describe frequency & symptoms for which medication should be given: _____ <input type="checkbox"/> May be repeated in _____ minutes/hours. <div style="text-align: center; font-size: small;">(time)</div>	

FOR SCHOOL USE

• Date received: _____

• Name of person(s) who will administer the Medication:

• Approved by: _____ (Principal's Signature) _____ (Date)

• _____ Referred for administrative review. Send to School District Nurse with your concerns about this authorization.