

**Ejemplo de Consentimiento para administrar medicamentos y receta del proveedor con licencia**

**School District of Springfield Twp.**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha/hora: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Maestro/grado: \_\_\_\_\_

De acuerdo con la política escolar, los medicamentos se deben administrar en la casa antes o después de la escuela. Sin embargo, cuando esto no es posible, antes de recibir el medicamento en la escuela, cada estudiante debe proporcionar a la enfermera de la escuela un formulario de *Consentimiento para administrar medicamentos* firmado por el padre de familia o tutor legal y una *Receta de medicamentos* de un proveedor con licencia. Todos los medicamentos deben estar en el envase original y haber sido adquiridos en la farmacia.

**Consentimiento de los padres de familia/tutor legal:**

Doy permiso para que mi hijo, \_\_\_\_\_, reciba el siguiente medicamento recetado por un proveedor con licencia durante la jornada escolar. Comprendo que los medicamentos serán administrados por personal de salud escolar de acuerdo con las instrucciones del proveedor con licencia de mi hijo.

Firma del padre de familia/tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del padre de familia/tutor legal en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

-----  
**Licensed Prescriber Medication Order:**

**Patient's name:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Name of medication:** \_\_\_\_\_

**Route and dosage:** \_\_\_\_\_

**Time of administration:** \_\_\_\_\_

**Directions:** \_\_\_\_\_

**Discontinuation date:** \_\_\_\_\_

**Allergies:** \_\_\_\_\_

**Licensed Prescriber signature:** \_\_\_\_\_

**Licensed Prescriber name printed:** \_\_\_\_\_ **Phone:** \_\_\_\_\_