



**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA PADRES / TUTORES
MEDICAMENTOS DE NO PRESCRIPCIÓN**

NOMBRE DE ESTUDIANTE:	FECHA DE NACIMIENTO
ESCUELA:	GRADO
DIAGNOSTICO	

Como padre y tutor del estudiante mencionado anteriormente, doy permiso a la escuela para administrar los siguientes medicamentos a mi hijo para el diagnóstico / razón enumerados anteriormente:

NOMBRE DE MEDICACION	DOSIFICACION (MG, CC, ML, ETC)	RUTA (COMO SE DEBE DAR)	FRECUENCIA	INICIO DE EFECTOS	TIEMPO DE PARADA (CUANDO LA MEDICACION PARA DE EFECTAR)	EFFECTOS SECUNDARIOS
1.						
2.						
3.						
4.						

Como padre o tutor del estudiante mencionado anteriormente, mantendré a la escuela al tanto de cualquier cambio en el perfil de medicamentos o preocupación de salud de mi hijo.

Como parte del Capítulo 118.29 del Estatuto de Wisconsin, se requiere que las escuelas tengan permiso de un parente / tutor para administrar medicamentos sin receta en la escuela. Como parte de este formulario de autorización, los empleados de la escuela pueden comunicarse con el proveedor médico con preguntas sobre la administración de medicamentos, incluida una aclaración sobre la dosis, los efectos secundarios o la indicación de los medicamentos mencionados anteriormente con el permiso de los padres.

Todos los medicamentos deben estar en el envase original con la dosis terapéutica recomendada. La administración de una dosis diferente a la dosis terapéutica recomendada se puede administrar solo si la solicitud por escrito para hacerlo también se acompaña de la aprobación por escrito del proveedor médico del niño.

FIRMA DE PADRE O GUARDIAN:	FECHA:
----------------------------	--------