

# Rockingham County Public Schools

## Autorización de Padres para la Administración de Medicamentos Grados 6-12

Yo, padre/madre o tutor legal del estudiante mencionado abajo, autorizo sin condiciones a las Escuelas Públicas del Condado de Rockingham y a sus empleados que permitan a este estudiante tomar la siguiente sustancia descrita para el tratamiento medicinal legítimo de una condición médica actual. Reconozco que hemos revisado con el estudiante la política de abuso de sustancias de la Junta Escolar del Condado de Rockingham y que cualquier violación de la misma puede resultar en la suspensión o expulsión de un estudiante. Yo certifico que toda la información contenida en esta autorización es correcta, y afirmo que la Junta Escolar del Condado de Rockingham y sus empleados pueden confiar en esta autorización hasta que se la retire por escrito. Yo los libero a la Junta Escolar del Condado de Rockingham y a sus empleados de cualquier reclamo o responsabilidad relacionados de alguna manera con esta autorización, y me comprometo a indemnizar, defender y mantener indemne a la Junta Escolar del Condado de Rockingham y a sus empleados de cualquier reclamo o responsabilidad relacionados de alguna manera con esta autoridad.

Solicito que se le da el medicamento siguiente a mi hijo/a durante el día escolar:

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre/tutor legal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ (casa) \_\_\_\_\_ (trabajo) \_\_\_\_\_ (celular)

Condición médica que requiere medicamento: (Ejemplo: dolor de cabeza, malestar ciclo menstrual, etc.)

\_\_\_\_\_

Enumere todas las alergias a medicamentos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre del medicamento utilizado para tratar la condición médica:

Receta: \_\_\_\_\_

Médico que prescribe: \_\_\_\_\_

Medicamento sin receta:  Extra Strength Tylenol  Advil/Ibuprofeno

Otro: \_\_\_\_\_

Dosis necesaria durante el día escolar: \_\_\_\_\_

Hora cuando se debe tomar el medicamento: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de fin: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Padre/Madre/Tutor legal

Los medicamentos recetados pueden ser administrados por personal de la escuela sólo con el permiso previo y por escrito de los padres y del médico (el permiso está implícito en el envase farmacéutico original), indicando el tipo, la dosis y la duración del tratamiento.