

CONSENTIMIENTO PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

Prescripción de Corto Plazo Inhalador No para Llevarlo Consigo Medicamento de Venta Sin Receta

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Grado _____

de Identificación del Estudiante _____ Escuela _____

Maestro(a) (Primaria Únicamente) _____ Salón # _____

Medicamento _____

Razón para el Medicamento _____ Text _____

Dosis _____

Hora del Día a ser administrado _____

Duración _____ a _____

Nombre del Médico _____

Teléfono del Médico _____ Fax del Médico _____

YO DOY NO DOY consentimiento