

Escuelas Públicas de Albuquerque
Órdenes del Médico y Autorización de Medicamentos
(Favor de llenar todos los datos)

Nombre del estudiante: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Escuela: _____

Órdenes del Médico y Constancia de Competencia del estudiante:

1. Yo he examinado a dicho estudiante en relación (diagnóstico) _____ y he determinado que él/ella requiere medicamentos durante las horas de escuela.
2. Nombre del medicamento _____ Dosis: _____
3. Hora de administración: _____
4. El estudiante seguirá recibiendo dicho medicamento (duración): _____
5. Instrucciones especiales relacionadas con dicho medicamento: _____

6. Favor de comunicarse conmigo en caso de que aparezcan las siguientes señas o síntomas _____

En mi opinión, dicho estudiante tiene la capacidad de llevar consigo y tomar por sí mismo su medicamento (excluyendo las sustancias controladas) a la hora apropiada y en la manera apropiada.

Firma de marcar Sí No

Firma del medico: _____ Nombre en letra de molde: _____
Fecha: _____ Teléfono: _____

Declaracion del Padre o Tutor
(Favor de llenar la declaracion apropiada)

1. Yo (nosotros), el suscrito(s) padre(s) o tutor(es) de _____ pienso (pensamos) que él/ella está competente para llevar consigo y tomar por sí mismo su medicamento (excluyendo las sustancias controladas) a la hora apropiada y en la manera apropiada. Doy (damos) permiso para que él/ella haga eso.
2. Yo (nosotros), el suscritos(s) padre(s) o tutor(es) de _____ hago (hacemos) una petición de que un empleado escolar le ayude al estudiante con la autoadministración del medicamento mencionado, según las instrucciones del médico. Acepto (aceptamos) suplir la medicina recetada necesaria en un envase debidamente etiquetado, proporcionar el medicamento adicional si es necesario, y acepto (aceptamos) notificar a la enfermera de la escuela inmediatamente en caso de haber un cambio de medicamento o de médico.
3. **Para estudiantes con una discapacidad que les impida la autoadministración:**
Yo, (nosotros), el suscrito(s) padre(s) o tutor(es) de _____ hago (hacemos) una petición de que una enfermera de la escuela administre el medicamento arriba mencionado al estudiante, según las instrucciones del médico. Acepto (aceptamos) suplir la medicina recetrada necesaria y notificar a la enfermera de la escuela inmediatamente en caso de haber un cambio de medicamento o de médico.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____
Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____

Se suspendió el medicamento a petición de: El padre (Se dio notificación al doctor: Fecha: _____)
Se suspendió el medicamento a petición de: El doctor Fecha: _____