



El Distrito Escolar Conjunto de Menasha

328 Calle Sixth, PO
Box 360
Menasha, WI
54952-0360
Telé: (920) 967.1907
Fax: (920) 751-5038
www.mjsd.k12.wi.us

CONSENTIMIENTO PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS

Nombre del alumno F. Nac. Teléfono

Nombre del medicamento

Dosis Hora/frecuencia a ser dada

Vía (circule una): Por la boca Inhalación Inyección

Fecha de inicio Fecha de terminar

Para el tratamiento de

Precauciones

Médico que prescribe

Dirección del médico Teléfono del médico

Firma del médico

Yo doy por este medio mi permiso al personal de la escuela para que dé la medicación a mi niño(a) de acuerdo a las instrucciones mencionadas arriba y contactar al médico de mi niño(a) si es necesario.

Entiendo que es mi responsabilidad a ver que la medicación sea llevada a la oficina de la escuela y recoger cualquier sobra del medicamento dentro de una semana después del último día del año escolar. Medicación dejada en la escuela más allá del tiempo mencionado será descartada.

Yo además estoy de acuerdo en mantener al Distrito Escolar Común de Menasha y la persona arriba inofensivos en cualquier demanda que se presente por la administración de medicamentos en la escuela. Yo estoy de acuerdo en notificar por escrito a la escuela cuando cambios a la orden de arriba sean necesarios.

Firma del padre/guardián

Fecha

Signature of School Nurse

Date

Nombre del alumno _____ Medicamento _____

Año escolar de: 2016– 2017 Hora de administrar _____ Dosis _____ /Ruta _____

School _____ Grade _____

POR FAVOR ENTRE LA HORA DADA Y LAS INICIALES (Las iniciales indican que el alumno tomó el medicamento sin dificultad – 1 unidad)

	ago.	sept.	oct.	nov.	dic.	ene.	feb.	marzo	abril	mayo	junio
1			W			W			W		
2			W						W		H
3		W			W						W
4		W			W		W	W			W
5		H		W			W	W			
6				W						W	
7						W				W	
8			W	H		W			W		
9			W						W		
10		W			W						W
11		W			W		W	W			W
12				W			W	W			
13				W						W	
14						W			H	W	
15			W			W			W		
16			W						W		
17		W			W						W
18		W			W		W	W			W
19				W		H	W	W			
20				W		H	H			W	
21						W				W	
22			W			W			W		
23			W		H				W		
24		W		H	W						W
25		W		H	W		W	W			W
26				W	H		W	W			
27			H	W	H			H		W	
28			H		H	W		H		W	
29			W		H	W		H	W	H	
30			W		H			H	W		
31					W			H			
RN											
Sig											

CLAVE: A = Ausente R = Rehusado P = Problema notado, mire los comentarios O = No vino W = Fin de semana H = Día festival
N = No medicamento disponible

Firma del personal(s): _____

Comentarios: _____
