



SCHERTZ-CIBOLO-UNIVERSAL CITY INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT
DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE SCHERTZ-CIBOLO-UNIVERSAL CITY
SERVICIOS DE SALUD

TOMA DE MEDICAMENTOS DURANTE EL HORARIO ESCOLAR

ESTUDIANTE: _____ **FECHA DE NACIM.:** _____

RAZÓN PARA TOMAR EL MEDICAMENTO: _____

FECHAS EN QUE SE DEBE DAR: _____

****LOS MEDICAMENTOS SIN PRESCRIPCIÓN MEDICA QUE DEBAN TOMARSE MÁS DE 5 DÍAS CONSECUTIVOS REQUIEREN FIRMA MÉDICA AL CALCE DE ESTA FORMA****

REQUISITOS PARA LOS MEDICAMENTOS

- LOS MEDICAMENTOS (INCLUYENDO RELLENOS) **DEBEN** SER LLEVADOS A LA ESCUELA POR UNO DE LOS PADRES/ TUTORES/ADULTO DESIGNADO
- LOS MEDICAMENTOS **DEBEN** LLEVARSE A LA ESCUELA EN EL ENVASE ORIGINAL CON LA ETIQUETA DE PRESCRIPCIÓN DE LA FARMACIA (CUANDO SEA APLICABLE) ***PIDA A LA FARMACIA UN ENVASES SEPARADOS CON ETIQUETA PARA LOS MEDICAMENTOS DE CASA Y DE LA ESCUELA***
- LOS MEDICAMENTOS **DEBEN** ESTAR VIGENTES. **NO SE DARÁN** MEDICAMENTOS CADUCADOS
- **LA ETIQUETA DE LA FARMACIA DEBE INCLUIR:** NOMBRE DEL ESTUDIANTE, NOMBRE DEL MEDICAMENTO, DOSIS, HORARIO EN QUE DEBE DARSE EL MEDICAMENTO, CUALQUIER OTRA INSTRUCCIÓN ESPECIAL
- LA ETIQUETA DE LA FARMACIA **DEBE** CONCORDAR CON LA RECETA/INSTRUCCIONES MÉDICAS
- **ES RESPONSABILIDAD DE LOS PADRES** SABER CUANDO DEBEN RELLENAR EL MEDICAMENTO
- **NO SE DARÁN** VITAMINAS / COMPLEMENTOS DE HIERBAS / ACEITES DE ESENCIAS EN LA ESCUELA
- LOS MEDICAMENTOS DESCONTINUADOS / SOBRLANTES **DEBEN** SER RECOGIDOS POR UNO DE LOS PADRES/TUTORES/ ADULTO DESIGNADO

INSTRUCCIONES ESPECIALES PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTO: _____

MEDICAMENTO	DOSIS	HORARIO	VÍA

FIRMA DEL DOCTOR

TELÉFONO

FECHA

NOMBRE DEL DOCTOR (imprenta)

FIRMA DE LOS PADRES

TELÉFONO E EMAIL DE LOS PADRES

Mediante la firma de este documento otorgo mi consentimiento para que mi hijo(a) reciba medicamentos durante el horario escolar. Entiendo que la escuela no asume responsabilidad alguna por la administración del medicamento. Libero a la Mesa Directiva y a sus representantes y empleados de cualquier responsabilidad que pudiese resultar al tomar mi hijo(a) este medicamento. Entiendo que la política de medicamentos del distrito se encuentra en el sitio de internet del distrito y que también puedo solicitar una copia a la enfermera de la escuela.

GRADO DEL ESTUDIANTE

MAESTRA(O) TITULAR

#IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE