



LUFKIN ISD HEALTH SERVICES
Jan Fulbright ~ Director of Health Services
936.633.7264

AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS SIN RECETA MÉDICA

Doy permiso para que LISD pueda darle a mi hijo/a: _____

Los siguientes medicamentos: _____

DOSIS: _____

CUÁNDO DAR: _____

FECHA DE INICIO: _____ Fecha de Finalización: _____

******IMPORTANTE*** Fecha de finalización 10 días después del día de inicio, todo medicamento sin usar será desecho por la enfermera después de la fecha de finalización.***

Motivo/Razón del medicamento: _____

Yo libero a Lufkin ISD de cualquier obligación, ya sea de alergia o reacción a dicho medicamento.

Firma del Padre o Tutor

Fecha

LOS MEDICAMENTOS DEBEN ESTAR EN SU ENVASE ORIGINAL CON SU ETIQUETA INTACTA. La etiqueta no debe ser alterada. Las instrucciones de los padres deben coincidir con las instrucciones de la etiqueta. La dosis debe ser apropiada para la edad de su hijo.