



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

AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS CON RECETA MÉDICA

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

Los siguientes medicamentos: _____

DOSIS: _____

CUÁNDO DAR: _____

FECHA DE INICIO: _____

MOTIVO/RAZON: _____

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/a.

NOTA: Todos los medicamentos se mantendrán bajo candado en la oficina de la enfermera. Inhaladores para el asma pueden ser autos administrados, si se considera necesario por su médico. Favor de traer una nota firmada por el médico, indicando la necesidad de que su hijo/a pueda auto-cargar su inhalador para el asma.

Debido al estado de salud de el/la estudiante, él/ella está autorizado/a al auto-transporte y auto-administrarse su inhalador para el asma.

FIRMA DEL MEDICO

ADJUNTE CAMBIOS EN LA RECETA