



Servicios de Enfermería

## Escuelas Públicas de Rio Rancho

### AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTO SIN RECETA

(una forma por medicamento)

FECHA: \_\_\_\_\_

GRADO ESCOLAR: \_\_\_\_\_

ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

Autorizo a la Enfermera de la Escuela o persona asignada a administrar el siguiente medicamento a mi estudiante.

Medicamento: \_\_\_\_\_

Cantidad: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

Razón: \_\_\_\_\_

Fecha en que se Recibió: \_\_\_\_\_

Fecha de Vencimiento: \_\_\_\_\_

Número Recibido: \_\_\_\_\_

Firma de la Enfermera/AS: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Padre o Tutor

**EL MEDICAMENTO SE DEBE LLEVAR A LA OFICINA DE SALUD EN EL ENVASE ORIGINAL SELLADO**

**Los padres deben escribir sus iniciales en cualquier orden especial agregada en el espacio dado abajo:**

\_\_\_\_\_  
(Iniciales del Padre) **Recogeré cualquier medicamento que no se use en el último día de escuela.**

\_\_\_\_\_  
(Iniciales del Padre) **Favor de enviar al hogar con mi niño el último día de escuela cualquier medicamento que no se haya usado.**

\_\_\_\_\_  
(Iniciales del Padre) **Por favor deshágase en el último día de escuela de cualquier medicamento que no se haya usado.**

*Instrucciones para el fin del año escolar*