



SAN MATEO-FOSTER CITY SCHOOL DISTRICT

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Maestro: _____ Grado: _____ Escuela: _____

AUTORIZACIÓN Y LIBERACIÓN DE PADRES DE AUTODISTASIS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

PARA SER COMPLETADO POR UN MÉDICO U OTRO PROVEEDOR DE SALUD LICENCIADO POR EL ESTADO DE CALIFORNIA PARA
PRESCRIBIR MEDICAMENTOS

Inhalador _____ EpiPen _____ Glucagón _____ Insulina _____ Otro (relacionado con la diabetes) _____

El niño mencionado anteriormente está bajo mi cuidado y necesita llevar este medicamento con él / ella mientras está en la escuela. Estoy de acuerdo en que el niño es capaz de autoadministrarse y puede administrar este medicamento de manera responsable.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE (IMPRIMIR): _____

DIAGNÓSTICO PARA EL QUE SE PRESTA LA MEDICACIÓN: _____

NOMBRE DE MEDICACIÓN: _____

Dosis: _____ Tiempo: _____ Ruta: _____

SI LA DOSIFICACIÓN ES NECESARIA (PRN), LOS SÍNTOMAS QUE NECESITAN LA ADMINISTRACIÓN Y LA FRECUENCIA PERMITIDA: _____

FECHA ESTIMADA DE TERMINACIÓN: _____

POSIBLES EFECTOS ADVERSOS: _____

La salud de este niño requiere que el medicamento anterior se tome durante el horario escolar y este niño es capaz de autoadministrarse el medicamento.

FECHA: _____ MÉDICO: _____

HABLA A: _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____

MEDICO / SELLO DE LA CLÍNICA: _____

Por la presente, doy permiso al personal de la escuela para administrar medicamentos a mi hijo durante el día escolar según lo prescrito por el médico del niño.

FIRMA DEL PADRE / TUTOR: _____ FECHA: _____

EN CASO DE EMERGENCIA, NÚMERO DE TELÉFONO PUEDO LLEGAR A: _____