Servicios médicos de la escuela estatal de Fayette

AUTORIZACIÓN DE LA MEDICACIÓN DE LA ESCUELA

Traiga o envíe esta autorización de la medicación de la escuela a la escuela o envíela por favor al FAX seguro en 770-460-3928.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento del: _____

Escuela del: _____ Grado del: _____ Profesor de Homeroom del: _____

Lista del cuaesquiera alergias/reacciones de la droga: _____

AUTORIZACIÓN del PADRE O del GUARDA LEGAL
(requerida para TODAS LAS medicaciones)

Si las medicaciones se deben dar durante horas de escuela, este debe ser llenada el formulario. El padre/el guarda debe proveer de la escuela el legal o la prescripción o la medicación homeopática/del suplemento en el envase original con la fecha no vencida y será dado según lo dirigido en el paquete o según lo dirigido por el médico abajo. Es la responsabilidad del padre/del guarda notificar la escuela de los cambios de la medicación y terminar una nueva autorización.

Nombre de la medicación: _____ Diario del □ del O □ según lo necesitado

Dosificación: _____ Frecuencia/tiempos del para ser dado: _____ Fecha de vencimiento de la medicación del _____

Medicación para: □ este año escolar 20___ - □ 20___ después del de las fechas solamente: _____

Nombre del médico: _____ Número de teléfono del: _____

I, padre de este niño/guarda, autoriza por este medio al proveedor de asistencia sanitaria nombrado que ha atendido a mi niño, a suministrar a los servicios médicos de la escuela el coordinador y/o al personal de la clínica de la escuela cualquier información médica y/o copia de expedientes referente a la medicación de mi niño y para que esta información sea compartida con el personal pertinente de la escuela en la escuela de mi niño. Entiendo eso en el día 14 de abril de 2003, bajo portabilidad del seguro médico y la divulgación del acto de la responsabilidad ("HIPAA ") de cierta información médica es limitada. Sin embargo, expreso autorizo la divulgación de información para poder servir las necesidades médicas de mi niño mientras que allí en las escuelas estatales de Fayette. Esta autorización expira en fecha el día pasado del año escolar.

_____ _____ _____ _____

Firma del padre/del guarda legal Fecha Teléfono casero Teléfono del trabajo

AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO

(Requerido para la prescripción o las medicaciones homeopáticas O del suplemento SOLAMENTE)

Nombre de la medicación: _____

Dosificación: _____ Ruta del: _____ Frecuencia/hora del de ser dado: _____

Comience la medicación encendido: _____ El para la medicación encendido: _____

Condición/enfermedad que requiere la medicación: _____

Efectos secundarios comunes de la medicación: _____

El estudiante puede llevar y uno mismo-administrar la medicación debido a una condición peligrosa para la vida: □ Sí □ No

Instrucciones especiales: _____

Firma del médico: _____ ***Fecha del:*** _____

Nombre del médico: _____ Número de teléfono del: _____

Implemented: June 18, 2001 Revised: August 2003; August 2, 2004; February 20, 2006; March 11, 2008; May 17, 2011; July 25, 2011