Laveen School District creating bright futures
5001 W. Dobbins Road, Laveen, AZ 85339
Phone 602-237-9100 | Fax 602-237-9135 | www.laveeneld.org

Laveen Elementary School District Consentimiento de Administración de Medicamentos 2023-2024

Nombre:_____ Fecha de Nacimiento:_____ Maestro/Grado: _____

Medicamento: _____ Dosis:_____

Ruta: (circule uno) Oral Inhalado Gotas Tópica Tubo de gastrostomìa Inyecciòn

Horas de administración: _____ Fechas de administración: _____

Condición para la cual se requiere la medicina: _____

Instrucciones de administracion: _____

_____

Instrucciones de medio dia: _____

Instrucciones especiales: _____

Precauciones/Efectos secundarios: _____

Nombre del Doctor: _____ Teléfono: _____

- Esta forma debe ser completada y firmada por el padre o un guardián legal.
- **Una forma nueva es requerida cada año escolar y cuando haya cambios en medicamento, dosis, o hora de administración.**
- Todo medicamento recetado debe estar en el envase original con la etiqueta de la farmacia intacta.
- Todo medicamento sin receta debe estar en el envase original con el nombre del medicamento e información de dosis claramente legible.
- Se recomienda que la primera dosis se de en su hogar.
- **Un padre o adulto designado debe transportar medicamento; estudiantes no son permitidos cargar y transportar medicamento.**
- Esta forma incluye sesión de verano**.**
- **<u>Para Epinephrine porfavor responda al siguiente declaración:</u>**

  Si No Yo permito que mi hijo/a tenga una hoja de alerta de alergia con su foto y su información de emergencia en la oficina de salud, salon, cafeteria, y cualquier lugar en la escuela que mi hijo/a visite.

Mi firma abajo indica que yo pido que el personal de LESD administre el medicamento como se indica arriba a mi hijo/hija, y estoy dando permiso para que los empleados de LESD contacten al doctor por información adicional, si es necesario.

Nombre del Padre/Guardián: _____ Firma del Padre/Guardián:_____

Fecha: _____ Número de Teléfono: _____ Email: _____