

**Laveen Elementary School District Medication Administration Form  
2022-2023**

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Maestra/o: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

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

Dosis: \_\_\_\_\_

Ruta: (un círculo) oral inhalado gotas actual tubo de gastrostomía inyección

Horas para dárselo: \_\_\_\_\_ Fecha en que debe terminar: \_\_\_\_\_

Condición para la cual se requiere la medicación: \_\_\_\_\_

Instrucciones para la administración: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Instrucciones de medio día: \_\_\_\_\_

Instrucciones especiales: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Precauciones/Efectos secundarios: \_\_\_\_\_

Nombre del Doctor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Quando se trata de recetas médicas, es necesario que los padres completen su porción. Para medicamento sin receta los padres deben completar la forma. Si hay cambio de medicamento o de dosis, necesitan llenar una solicitud nueva. Todo medicamento recetado debe estar en el envase original con la etiqueta de la farmacia intacta. Todos medicamento sin receta debe estar en el envase del fabricante con la etiqueta que incluye los ingredientes, también incluya el nombre de su niño(a) y la dosis necesaria. Se recomienda que le dé al niño(a) la primera dosis en su hogar. Es la responsabilidad de los padres de familia de proporcionar los medicamentos necesarios y de llevarse el medicamento que no se terminó de usar cuando el tratamiento acabe.

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

Nombre del Padre o Guardián: \_\_\_\_\_

Firma de un Padre o Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Teléfono del Guardián durante el día: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_