



FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO

Servicios de Salud del School District of McFarland
5101 Farwell Street • McFarland, WI • 53558

FAX ➔ MHS: 838-4562 IMMS: 838-4588 WIS: 838-4613 MPS: 838-4612 CE: 838-4503
TELÉFONO: 838-4500 ➔ MHS: Ext. 4761 IMMS: Ext. 4849 WIS: Ext. 5454 MPS: Ext. 4902 CE: Ext. 5613

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

Nombre del alumno	Escuela	
Diagnóstico	Grado	
Nombre del medicamento	Dosis	Método
La hora para dar la dosis	Fecha de: Empezar <small>(mm/dd/aa)</small>	Terminar <small>(mm/dd/aa)</small>

PROVIDER SIGNATURE REQUIRED FOR PRESCRIPTION MEDS/INHALER

PRESCRIPTION MEDICATION AND INHALERS:
Your signature on this document attests to your willingness and intent to direct, supervise, decide, inspect and oversee the administration of the medication by non-medically trained designees, and that you will accept direct communications from them regarding the administration of the medication. We urge that all instructions be stated in language of the lay person. I further agree to notify the school in writing at the termination of this request or when any change in the above orders is necessary.

Possible side effects

Physician/Practitioner signature

Print signature	Clinic location	Phone
-----------------	-----------------	-------

SELF ADMINISTRATION OF INHALERS:
This student has been instructed on the proper use of an inhaler and is deemed responsible to his/her own inhaler.

Physician signature	Clinic phone
---------------------	--------------

FIRMA DE PARENT/TUTOR REQUERIDO PARA TODOS LOS MEDICAMENTOS

- Le doy mi permiso a la persona designada de la escuela administrar el medicamento indicado arriba.
- Acepto no hacer responsable al McFarland School District o a la persona designada administrar el medicamento indicado arriba en caso de eventos que resulten por la administración de este medicamento.
- Acepto notificar la escuela, en forma escrita, de un cambio en la petición arriba
- Acepto mantener una provisión de 30 días del medicamento en la escuela y reponerlo cuando sea necesario.
- Medicamentos no recogidos por un padre a no más tardar de diez días después del final del año escolar se descartarán.
- LOS MEDICAMENTOS TIENEN QUE ESTAR EN SU ENVASE ORIGINAL Y MARCADO CON:**
 1. Nombre del alumno
 2. Nombre del medicamento y dosis
 3. La hora para dar la dosis
 4. Nombre del médico

Firma de padre/tutor	Fecha
Teléfono del hogar	Teléfono del trabajo
¿Administrar en los días de salida temprano? (Marca uno) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Firma de la Enfermera Escolar	

Medication Adm. Consent/Apr12/Spanish

MCFARLAND SCHOOL DISTRICT MEDICATION LOG

(For office use only)

MA Eligible?

Yes No

Student name _____

Grade _____

School _____

Medication name _____

Dose _____

Route _____

Time _____

A=Absent I=Inservice X=No School NA=None Available R=Refused Initial=Meds given w/o difficulty

	AUG	SEPT	OCT	NOV	DEC	JAN	FEB	MAR	APR	MAY	JUNE
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											
29											
30											
31											

Date/Count											
Initials											

Staff Initials _____

Staff Initials _____

Staff Initials _____

Staff Initials _____