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**	**CEPS: 838-4503**
TELÉFONO: 838-4500 ➡	**MHS: Ext. 4682**	**IMMS: Ext. 4672**	**WIS: Ext. 4673**	**CEPS: Ext. 4674**

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

_____ _____
Nombre del alumno Escuela

_____ _____
Diagnóstico Grado

_____ _____ _____
Nombre del medicamento Dosis Método

_____ _____ _____
La hora para dar la dosis Fecha de: Empezar (mm/dd/aa) Terminar (mm/dd/aa)

PROVIDER SIGNATURE REQUIRED FOR PRESCRIPTION MEDS/INHALER

(Para el doctor) 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 Firma de la Enfermera Escolar

¿Administrar en los días de salida temprano? (Marca uno) ☐Sí ☐No

El McFarland School District no discrimina a base de raza, color, religión, origen nacional, ascendencia, credo, embarazo, estado civil, orientación sexual, sexo, incluyendo el estado transexual, cambio de sexo o identidad de género, dominio del idioma inglés, edad, estado militar, o discapacidad física, mental, emocional o de aprendizaje en cualquier programa o actividad de estudiantes.