ST. VRAIN VALLEY SCHOOLS *academic excellence by design*

Formulario de permiso para medicar

Excursión nocturna/fuera del estado

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____
Escuela: _____Maestro/a: _____
Mi hija/hijo tiene la(s) siguiente(s) condición(es) médica(s) que requieren medicamentos:
_____

Los medicamentos que se van a administrar deben enumerarse a continuación, deberán ser provistos en su envase original y llevarse al empleado/a de salud de 4 a 7 días antes de la excursión, *a menos que se auto-administren (inhaladores y/o Epipen solamente).*
Los medicamentos se mantendrán con un miembro del personal asignado. El estudiante puede llevar su inhalador y/o Epipen solamente *(se requieren firmas del médico y de los padres).*

1. Medicamento: _____ Dosis: _____ Hora: _____
2. Medicamento: _____ Dosis: _____ Hora: _____
3. Medicamento: _____ Dosis: _____ Hora: _____

***Firma DEL MÉDICO**: _____ **Fecha**: _____
Nombre en letra de Molde: _____Número telefónico: _____
Proveedor, por favor marque la casilla correspondiente: (SOLAMENTE) si el estudiante usa inhalador o Epipen
El estudiante ☐ **PUEDE** o ☐ **NO PUEDE** auto-administrarse un inhalador y/o Epipen

FIRMA DEL PADRE/TUTOR: _____ Fecha: _____
Padre por favor marque la casilla correspondiente:
☐ Doy mi permiso para que el miembro del personal asignado administre el medicamento que le he provisto a mi hijo/a. Soy consciente de que el personal no médico supervisará y administrará los medicamentos solicitados.
☐ El estudiante puede auto-administrarse (***solamente)*** un inhalador y/o Epipen en la excursión y asume la responsabilidad de usarlo adecuadamente.

Comuníquese con el/la enfermero/a de la escuela si tiene alguna pregunta o inquietud:
303-772-7700 ext.: _____ correo electrónico_____ @svvsd.org

COPIAR A: ☐ Enfermero/a ☐ Empleado/a de Salud ***ORIGINAL A:*** ☐ **Maestro**/a