**Illinois Conference Seventh-day Adventist School**

**Padre/Tutor Formulario de Consentimiento para Medicamento sin Receta**

Por favor escriba

Esta orden y el consentimiento para medicamentos son necesarios que sean completados y presentados a la escuela del niño antes de que cualquier medicamento pueda ser administrado a un niño durante el día escolar.

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grado Escolar: \_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Celular de la Madre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular del Padres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

• Doy permiso a las personas designadas por el director para darle un medicamento(s) a mi hijo(a) de acuerdo a las instrucciones.
• Como padre o tutor Yo entiendo que debo proporcionar todos los medicamentos a la escuela.
• Todos los medicamentos deben estar en sus envases originales y debe tener las fechas actuales. Los medicamentos con fechas vencidas serán descartados.
• Libero a la escuela de cualquier reclamo de responsabilidad de la administración de este medicamento según las indicaciones.
• Yo entiendo que como padre o tutor, seré el responsable de llevar el medicamento a la escuela para el personal autorizado designado para administrar medicamentos.
• Entiendo que todos los medicamentos deben ser recogidos por el padre o tutor al final del año escolar o serán destruidos.

**DEBE FIRMAR SI EL MEDICAMENTO DEBE SER ADMISTRADO POR LA ESCUELA:
Personal autorizado de la escuela puede dar medicamentos a mi hijo(a) como se indica por el padre, tutor o profesional.
Firma del Padre o Tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Nombre del medicamento **sin receta**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dar según sea necesario a petición del estudiante, durante todo el año escolar, según las instrucciones del frasco:

Si: \_\_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_\_

**O**

El estudiante recibirá el medicamento por solo \_\_\_\_\_\_ días. (Máximo de 5 días consecutivos sin receta medica)

Instrucciones del padre de como se debe dar el medicamento. (Incluir los horarios y las dosis): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

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

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