



Autorización para la Administración de Medicamentos con Receta (2026 – 2027)

Nombre del Estudiante

Fecha de Nacimiento

La función primaria de la escuela es la educación. La administración de medicamentos normalmente no es la función de la educación; sin embargo, algunos estudiantes deben tomar medicamentos con receta durante la jornada escolar según las indicaciones de su médico.

Antes de que el/la enfermero/a de la escuela pueda administrarle medicamentos al estudiante nombrado, Ud. debe darle a el/la enfermero/a este formulario COMPLETADO acompañado por los medicamentos con receta del estudiante. Tenga en cuenta que se requiere un formulario separado para cada medicamento que debe tomar el estudiante durante la jornada escolar. Los medicamentos con receta deben estar en su envase original o en un envase apropiadamente etiquetado por la farmacia. Debe estar etiquetado con:

- EL NOMBRE DEL ESTUDIANTE
- EL NOMBRE DE LA DROGA, LA DOSIS EXACTA, Y MÉTODO DE ADMINISTRACIÓN
- LA HORA EN QUE SE DEBE ADMINISTRAR EL MEDICAMENTO
- EL NOMBRE DEL MÉDICO QUE LO HA RECETADO

AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO / ATTENDING PHYSICIAN AUTHORIZATION

Prescription Medication	Exact Dosage/Route	Time to administer
Diagnosis	Possible Side Effects	
Physician Name (Print)	Street Address 1	Phone 1
Practice / Clinic Name	Street Address 2	Phone 2
Physician Signature	Date	City, State, Zip Code
		Fax

Le pido al/a la enfermero/a y/o al administrador de la escuela que supervise a mi estudiante cuando toma sus medicamentos.

Eximo de toda responsabilidad relacionada con la administración de medicamentos con receta tanto a Walsh Academy como a sus empleados, agentes, y administración.

Nombre de Padre/Tutor (Letra de Molde)

Firma

Fecha