





### Formulario de consentimiento para medicamentos sin receta

Este formulario debe ser completado y estar archivado en la oficina principal para que el personal de la escuela pueda administrar cualquier medicamento.

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

Cantidad/Dosis: \_\_\_\_\_

Hora de la administración: \_\_\_\_\_

Número de días que se debe dar: \_\_\_\_\_

El propósito del medicamento es: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Por lo presente doy mi permiso al personal de la escuela designado por el director de la escuela para administrar la medicación a mi hijo(a) de acuerdo con las instrucciones descritas anteriormente.
- También estoy de acuerdo en dar mi permiso al director de la escuela/personal designado para ponerse en contacto con el médico de mi hijo(a).
- Además, estoy de acuerdo en liberar a The Lincoln Academy y a todos los empleados de cualquier reclamo que surja de la administración de este medicamento en la escuela.
- Estoy de acuerdo en notificar a la escuela por escrito a la hora de terminación de esta autorización o cuando cualquier cambio en lo anterior sea necesario.

\_\_\_\_\_  
**Firma del padre/madre o tutor legal**

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

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre/madre o tutor legal (letra de impreso)

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

RECORDATORIO: Todos los medicamentos (con o sin receta) que se traigan a la escuela deben tener la siguiente información impresa en el envase.

- Nombre completo del estudiante
- Nombre del medicamento y dosis
- Hora de administración
- Nombre y número de teléfono del médico