METROPOLITAN SCHOOL DISTRICT OF WASHINGTON TOWNSHIP

8550 Woodfield Crossing Boulevard, Indianapolis, IN 46240 (317) 845-9400

5330 F/Y
Amarillo

AUTORIZACIÓN PARA MEDICAMENTOS O TRATAMIENTOS SIN RECETA MÉDICA

Padre/Tutor: SE PRECISA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA QUE UN ESTUDIANTE RECIBA MEDICAMENTOS/TRATAMIENTO SIN RECETA MÉDICA EN LA ESCUELA. **DEBEN COMPLETARSE TODOS LOS ESPACIOS.**

_____ _____
Nombre del estudiante Dirección

_____ _____ _____ _____
Escuela Grado Fecha de nacimiento Peso actual del niño

A. Solicito que un representante autorizado de MSD Washington Township administre la siguiente medicación de venta libre. Los medicamentos sin receta médica tienen que estar aprobados por la FDA o haber sido recomendados por un médico o una enfermera profesional por medio de órdenes firmadas.

1. Medicamento/tratamiento sin receta médica: _____

   Dosis/frecuencia: _____

   Indicaciones para administrarlo/efectos secundarios: _____

   _____

   Fecha de inicio para administrar el medicamento: _____ Fecha de finalización: _____

2. Medicamento/tratamiento sin receta médica: _____

   Dosis/frecuencia: _____

   Indicaciones para administrarlo/efectos secundarios: _____

   _____

   Fecha de inicio para administrar el medicamento: _____ Fecha de finalización: _____

****NOTA: También se precisa la firma de un médico si la dosis o la frecuencia solicitada no coincide con la dosis según el peso.**

X_____
(Firma del médico o de la enfermera profesional solo para medicamentos no aprobados por la FDA y para cambios en la dosis normal.)

B. Para todos los estudiantes en K-8 y preescolar: asumo la responsabilidad de entregar la medicación correctamente en el centro de salud de la escuela al inicio del año lectivo y de *retirarla una vez finalizado el año escolar.* **Los estudiantes en K-8 y preescolar NO PUEDEN traer medicamentos a la escuela y llevárselos.** *Los medicamentos que queden en la escuela luego de la finalización del año lectivo serán destruidos.*

C. **Los estudiantes de North Central pueden traer medicamentos a la escuela y llevárselos si este formulario (5330 F/Y) se encuentra en los archivos y está firmado por el padre/tutor.** *Los medicamentos que queden en la escuela luego de la finalización del año lectivo serán destruidos.*

D. Avisaré a la escuela por escrito si hay un cambio en el uso de la medicación o en el tratamiento:

X_____ _____
Firma del padre/tutor Fecha

_____ (C) _____ (T) _____
Nombre en letra de imprenta del padre/tutor Números de teléfono

EL PERMISO ES VÁLIDO EXCLUSIVAMENTE PARA EL AÑO LECTIVO VIGENTE Y PARA EL ESTUDIANTE QUE FIGURA EN EL FORMULARIO. LOS ESTUDIANTES NO PUEDEN COMPARTIR SU MEDICACIÓN CON OTROS ALUMNOS. SE TOMARÁN ACCIONES DISCIPLINARIAS ANTE SU INCUMPLIMIENTO.