

DISTRITO ESCOLAR GUNNISON CUENCA RE – IJ

PERMISO PARA MEDICACION NO PRESCRIPCION

Nombre del Estudiante: _____

Escuela: _____ Grado: _____

Maestra: _____

Medicación / Dosis / Hora del día que se dará / Propósito: _____

Hora que el medicamento debe ser dado: _____

Número previsto de días que hay que dar en la escuela: _____

Yo doy mi permiso para que _____ tome la
receta anterior en la escuela según lo ordenado. Entiendo que es mi responsabilidad
proporcionar este medicamento.

Firma de Padre/Guardián

Fecha