

DISTRITO ESCOLAR GUNNISON CUENCA RE – IJ

PERMISO PARA MEDICACION PRESCRITA

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: _____

Firma del Medico

Fecha

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

Nota: La prescripción de medicamentos debe ser traída a la escuela en un recipiente debidamente etiquetado por la farmacia o el médico indicando el nombre del medicamento y la dosis.