

AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS Y LA LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Los abajo firmantes, de conformidad con el Estatuto de Wyoming #33-21-154,

_____ School Enfermera y _____

(Designado del director)

autorizar a estos miembros del Distrito Escolar del Condado de Converse n.o 1, personal del estado de Wyoming para administrar los siguientes medicamentos a _____

(Nombre del estudiante)

Medicamentos _____ Dosis _____

Motivo de medication _____

Posibles efectos secundarios conocidos _____

Tiempo(s) de administración _____

Las alergias a medicamentos _____ otros medicamentos _____

Grado _____ Médico _____ Maestro/a _____

Entiendo que es responsabilidad de mi hijo reportarse a la enfermera para este servicio. **La prescripción y sobre el medicamento de alta costuradebe estar en el envase original etiquetado.**

En consideración al personal del Distrito que administra tales medicamentos, el abajo firmante libera a dicho Distrito y a su personal de todas las reclamaciones, demandas y responsabilidades, directas e indirectas, que pueden resultar o acumularse en razón de la administración de dicho medicamento, la falta de administración de los mismos o la administración inadecuada de los mismos.

Por la presente doy permiso a la enfermera de la escuela para comunicarse con el proveedor de atención médica del estudiante con respecto a este medicamento y la condición médica para la que se prescribe si es necesario.

He leído y entiendo esta autorización.

Fechado este _____ día de _____, 20 _____

Padre o Tutor Legal

De acuerdo con el Estatuto de Wyoming #33-21-154, este formulario debe estar firmado para autorizar al personal de la escuela a dar medicamentos. Enfermera para llenar: Fecha Med llevado a school _____ # _____

Enero de 2014