



Cleary School for the Deaf

301 Smithtown Boulevard, Nesconset, New York 11767-2077
www.clearyschool.org

631-588-0530 (V & TTY)
631-588-0016 FAX

AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES Y DEL MÉDICO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA ACTIVIDADES Y SERVICIOS DE ENFERMERÍA ESCOLARES

A. Para ser completado por los padres/guardián:

solicito a mi hijo _____ Fecha de nacimiento _____
recibir el medicamento/servicio de enfermería según lo prescrito a continuación por nuestro
médico. La medicación es para
ser proporcionado por mí en el envase original de la farmacia debidamente etiquetado*.

Firma (padre/guardián): _____ Fecha: _____

*La medicación debe ser en el original Envase etiquetado de farmacia con pedidos específicos y nombre del medicamento.

*Los padres/guardián deben traer los medicamentos y los reabastecimientos o transportarlos mediante un estuche de medicamentos cerrado con llave.

B. Solicito que mi paciente, como se detalla a continuación, reciba el siguiente medicamento:

El nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Diagnóstico: _____

| MEDICAMENTO/ SERVICIO DE ENFERMERÍA | DOSIS | FRECUENCIA/ TIEMPO | RUTA | CÓDIGO ICD-9 |
|--|-------|-----------------------|------|-----------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Duración del tratamiento (dd/mm/aa - dd/mm/aa): _____

Posibles efectos secundarios y reacciones adversas (si las hubiera): _____

(Sello del médico) ↓

Firma del médico: _____

Nombre del médico en letra de imprenta: _____

NPI del médico: _____

Licencia de médico: _____

Fecha de hoy: _____

El Plan anterior revisado con el padre/guardián:

Firma del Padre / Guardián: _____ Fecha: _____

La copia original de este formulario debe mantenerse en la oficina de salud de la escuela.