



# 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/<br>SERVICIO DE ENFERMERÍA | DOSIS | FRECUENCIA/<br>TIEMPO | RUTA | CÓDIGO<br>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.**