



# Cleary School for the Deaf

301 Smithtown Boulevard, Nesconset, New York 11767-2077 631-588-0530 (V & TTY)  
www.clearyschool.org

## AUTORIZACIÓN DEL PADRE/MADRE Y DEL MÉDICO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS Y SERVICIOS DE ENFERMERÍA EN LA ESCUELA Y EN ACTIVIDADES ESCOLARES

### A. Para ser completado por el padre/madre o tutor:

Solicito que mi hijo(a) \_\_\_\_\_ Dia de nacimiento \_\_\_\_\_  
reciba el medicamento/servicio de enfermería según lo prescrito a continuación por nuestro  
médico. El medicamento será proporcionado por mí en el envase original de la farmacia  
debidamente etiquetado\*

\*El medicamento debe estar en el envase original de la farmacia con la etiqueta correspondiente, las instrucciones específicas y el nombre del medicamento.

\*El medicamento y las reposiciones deben ser traídos por el padre/madre o tutor, o transportados en un estuche cerrado para medicamentos.

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

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Dia de nacimiento: \_\_\_\_\_

Diagnostico \_\_\_\_\_

MEDICAMENTO / SERVICIO DE ENFERMERÍA	DOSIS	FRECUENCIA / HORARIO	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	Codigo CIE-9

Duración del tratamiento (mm/dd/aa - mm/dd/aa): \_\_\_\_\_

Posibles efectos secundarios y reacciones adversas (si las hay): \_\_\_\_\_

(Physician's Stamp) ⇩

Firma del médico: \_\_\_\_\_

Nombre del médico en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

NPI del médico: \_\_\_\_\_

Licencia del médico: \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

### El plan anterior fue revisado con el padre/madre o tutor legal:

Firma del padre/madre o tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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