

Lodi Primary School (K-2)  
 103 Pleasant Street  
 Lodi, WI 53555  
 Teléfono: (608) 592-3855  
 Fax: (608) 592-1015

Lodi Elementary School (3-5)  
 101 School Street  
 Lodi, WI 53555  
 Teléfono: (608) 592-3842  
 Fax: (608) 592-1025

Lodi Area Middle School (6-8)  
 900 Sauk Street  
 Lodi, WI 53555  
 Teléfono: (608) 592-3854  
 Fax: (608) 592-1035

Lodi High School (9-12)  
 1100 Sauk Street  
 Lodi, WI 53555  
 Teléfono: (608) 592-3853  
 Fax: (608) 592-1045

**PETICIÓN/CONSENTIMIENTO DE MEDICAMENTOS**

Los medicamentos deben ser administrados en casa cuando posible. Si es necesario que un estudiante reciba medicamentos en la escuela, cada porción de este formulario TIENE QUE ser rellena antes de que se pueda dar el medicamento en la escuela. Un formulario es necesario para CADA medicamento.

Nombre de estudiante: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

**(Todos medicamentos tiene que estar en el contenedor original de receta o de venta libre.)**

Tipo de medicamento:		Fecha inicial:		Fecha última:	
Dosis:		Frecuencia:			
Efectos secundarios posibles:					
Si PRN (cuando sea necesario), describa las condiciones cuando se debe administrarlo:					

Se da permiso a la escuela para administrar una dosis temprano por la mañana si se lo olvidó en casa (por requisito de padre/tutor).

**INHALADOR PARA ASMA Y EPI PENS SÓLO:**

Sí     No    Este estudiante y sus padres/tutores han sido instruidos en administración autónoma y el estudiante puede llevar el inhalador o EPI pen y administrarlo a sí mismo durante la escuela.

**CONSENTIMIENTO DE PADRE/TUTOR:** (Completa para todos los medicamentos recetados y no recetados en la escuela.)

- < Pido permiso y autorizo que este medicamento sea administrado en la escuela por empleados de la escuela.
- < Proveo medicamento en su contenedor original etiquetado.
- < Este orden está en efecto para este año escolar a menos que se indique otra cosa.
- < Obtendré un orden nuevo del médico y notificaré la escuela por escrito si hay algún cambio.
- < Les autorizo a los empleados de la escuela que intercambien información por escrito con el medico de mi hijo en relación con este medicamento o las condiciones para las cuales es recetada.
- < Entiendo que cuando este medicamento en la escuela no es necesario, un adulto lo recogerá el medicamento que queda. *No será mandado a casa con el niño.*
- < Entiendo que el medicamento debe ser entregado a la escuela por un padre/tutor.
- < Entiendo que el medicamento será dado por un empleado de la escuela sin entrenamiento médico.
- < Entiendo que el medicamento sólo será administrado si es recetado dentro de niveles normales basados en la referencia medical.
- < Acepto mantener indemne en cualquiera declaración que viene de la administración de este medicamento en la escuela el Distrito Escolar, sus empleados y agentes que actúan dentro del alcance de sus deberes.

**..... FIRMAS NECESARIAS .....**

El medicamento anterior será administrado durante el día escolar según las instrucciones anteriores. Estoy de acuerdo con aceptar comunicación del estudiante/medicamento y comprendo que el medicamento será administrado por un empleado sin entrenamiento médico.

Sí     No    Doy permiso que la foto de mi hijo/a esté ajunta a este formulario.

N    **Firma de padre/tutor:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

N    **Firma de médico/a:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nombre del médico/a: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha cuando lo recibe: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Recibido por: \_\_\_\_\_