

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

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

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

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

**PETICIÓN PARA MEDICAMENTO/CONSENTIMIENTO**

Medicamentos deben ser administrados en casa cuando sea posible. Si es necesario que un estudiante reciba medicamentos en la escuela, todas las partes de esta hoja DEBEN ser completas antes de que los medicamentos puedan ser administrados en la escuela. Una hoja para CADA medicamento es requerida

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

**(Todos los medicamentos deben estar en su envase original de la farmacia)**

Tipo de medicamento:		Fecha com.:		Fecha term.:	
Cantidad:		Frecuencia:			
Posibles otros efectos:					
Si PRN, describe las condiciones en que deba ser administrado:					

Permiso es dado a la escuela para administrar un dosis por la mañana del medicamento, si es olvidado en casa (por petición de los padres).

**SOLAMENTE INHALADORES PARA ASTHMA Y PLUMAS EPI:**

Sí  No Este estudiante y sus padres tienen la instrucción apropiada y el estudiante puede llevar y administrarse su inhalador o pluma EPI en la escuela.

**CONSENTIMIENTO DEL PADRE:** (Complete para cada medicamento con o sin prescripción)

- < Yo pido y autorizo que este medicamento sea administrado en la escuela, por su facultad.
- < Yo proveeré el medicamento en su envase original, corriente, y con información completa en la etiqueta.
- < Esta petición es para todo el año escolar, a menos que esté notado.
- < Yo obtendré una nota del doctor y notificaré a la escuela con cualquier cambio.
- < Yo autorizo que la facultad de la escuela cambia información verbalmente o por escribir sobre este medicamento o sobre las condiciones para que el medicamento sea prescrito.
- < Yo comprendo que cuando el medicamento no es necesario durante el día escolar, un adult ova a recoger el medicamento que queda. *No puede ser mandado a casa con el niño.*
- < Yo comprendo que todos los medicamentos deben ser mandados a la escuela por los padres.
- < Yo comprendo que el medicamento puede ser administrado por facultad sin experiencia medicinal.
- < Yo comprendo que el medicamento solamente será dado si es prescrito entre los límites del doctor.
- < Yo estoy de acuerdo que el Distrito de Lodi y sus empleos, actuando de acuerdo con sus deberes, no tienen ninguna culpa de cualquier clama que venga de la administración de este medicamento en la escuela

**.....FIRMAS REQUERIDAS.....**

El medicamento notado antes debe ser administrado durante el día escolar según las instrucciones dadas y acuerdos. Yo acepto la comunicación sobre el estudiante/medicamento y yo comprendo que el medicamento puede ser dado por facultad sin experiencia medicinal.

Sí  No Yo doy permiso que la foto de mi hijo/a esté atada a esta hoja.

N **Firma del padre/madre:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

N **Firma del Médico/a:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Physician Name: \_\_\_\_\_ Address: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Date Received at School: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Received by: \_\_\_\_\_